

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Saúde Mental e Psiquiatria**  
Dissertação

**Psicoeducação em Saúde Mental na**  
**comunidade: um estudo de caso**

**Cláudia Margarida Campos**

**Lisboa**

**2018**

Three large, stylized green swooshes or brushstrokes are located in the bottom right corner of the page, extending from the right edge towards the center.

**Mestrado em Enfermagem**  
**Área de Especialização de Enfermagem de**  
**Saúde Mental e Psiquiatria**

Dissertação

**Psicoeducação em Saúde Mental na**  
**comunidade: um estudo de caso**

**Cláudia Margarida Campos**

Orientador: Prof. Doutora Luísa Maria D'Espiney

**Lisboa**

**2018**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



“A coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu  
próprio conhecimento”

Platão

## **AGRADECIMENTOS**

O apoio incondicional da família é sem dúvida uma porta aberta para a vida.

Agradeço à amiga e Professora Patrícia Pereira a sugestão e impulso para a frequência do Mestrado. Um bem-haja pela sua dedicação e empenho.

À minha querida colega e companheira de luta Débora Marques que contribuiu na implementação deste projeto.

À Professora Luísa d'Espiney que aceitou ser a minha orientadora desde os primeiros momentos em que nos conhecemos.

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

AVD'S – Atividades de vida diária

DGS – Direção Geral de Saúde

EUA- Estados Unidos da América

OMS – Organização Mundial de Saúde

PS – Pessoas significativas

QdV- Qualidade de vida

WHOQOL – World Health Organization Quality of life

WONCA – World Organization of Family Doctors

## RESUMO

As intervenções na gestão da doença e prevenção das recaídas na área da saúde mental estão em expansão e é prioritária uma mudança de paradigma ao nível dos sistemas e serviços de saúde mental. Segundo as políticas nacionais dirigidas à promoção da saúde mental e tratamento da doença, é necessário desenvolver medidas no âmbito da promoção e implementação de programas psicoeducativos. Estes visam a promoção do bem-estar e da saúde mental da população, assim como o tratamento e reabilitação das doenças mentais (DGS, 2017).

Posto isto, este projeto tem como objetivo geral avaliar um programa psicoeducativo e compreender a psicoeducação como uma estratégia de intervenção em saúde mental comunitária.

Pretendeu-se conhecer e caracterizar diferentes modelos de intervenção em psicoeducação, analisar e caracterizar um programa psicoeducativo em uso numa Unidade de Saúde Mental Comunitária e por último, avaliar a sua contribuição na qualidade de vida e bem-estar dos utentes.

Recorremos ao estudo de caso como método de investigação inserido numa abordagem qualitativa. Foi analisado o programa desenvolvido, os questionários e as escalas aplicadas antes e após a realização do programa. Foram realizadas entrevistas compreensivas aos diversos grupos de pessoas após 6 meses, 1 e 2 anos de participação neste programa. As entrevistas foram tratadas através de análise de conteúdo.

Concluiu-se que o programa trouxe benefícios que se prendem com a maior capacidade dos participantes em gerir as suas dificuldades no quotidiano e aquisição de aprendizagens significativas na melhor gestão da doença, contribuindo assim para a sua estabilidade e maior bem-estar. A importância da família como fator de equilíbrio e apoio na gestão do quotidiano foi referida pelos participantes como um aspeto central. Também o estigma foi identificado como um problema que dificulta a vida dos doentes nas suas relações interpessoais e nos diversos contextos da sociedade.

**Palavras-chave:** psicoeducação, intervenção em grupo, enfermagem, saúde mental, qualidade de vida, comunidade.

## ABSTRACT

Interventions in disease management and relapse prevention in the area of mental health are expanding and a paradigm shift in mental health systems and services is a priority. According to national policies aimed at promoting mental health and treatment of the disease, it is necessary to develop measures for the promotion and implementation of psychoeducational programs. These aim to promote the well-being and mental health of the population, as well as the treatment and rehabilitation of mental illness (DGS, 2017).

Therefore, this project aims to evaluate a psychoeducational program and to understand psychoeducation as a community mental health intervention strategy.

It was intended to know and characterize different models of intervention in psychoeducation, to analyze and characterize a psychoeducational program in use in a Community Mental Health Unit and, finally, to evaluate its contribution in the quality of life and well-being of the users.

We used the case study as a research method inserted in a qualitative approach. The developed program, the questionnaires and the scales applied before and after the program were analyzed. Comprehensive interviews were conducted with the various groups of people after 6 months, 1 and 2 years of participation in this program. The interviews were treated through content analysis.

It was concluded that the program brought benefits that are related to the greater capacity of the participants to manage their difficulties in the daily life and acquisition of significant learning in the better management of the disease, thus contributing to their stability and greater well-being. The importance of the family as a factor of balance and support in the management of daily life was mentioned by the participants as a central aspect. Stigma has also been identified as a problem that hinders the lives of patients in their interpersonal relationships and in the various contexts of society.

**Key words:** psychoeducation, group intervention, nursing, mental health, quality of life, community.

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	12
1. PROBLEMÁTICA .....	14
2. A PSICOEDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA.....	16
2.1. O conceito de psicoeducação .....	16
2.2. Evolução histórica do conceito.....	17
2.3. Vantagens da intervenção em grupo .....	19
2.4. A intervenção do enfermeiro .....	21
2.5. Contributos para a qualidade de vida e bem-estar.....	24
2.6. Programas psicoeducativos .....	28
3. MÉTODOS E TÉCNICAS.....	36
4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS .....	39
4.1. Caracterização do programa.....	39
4.2. Avaliação da satisfação e qualidade de vida dos participantes no programa .	45
4.3. Análise do discurso dos participantes .....	48
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	59

## Apêndices

Apêndice I- Tabela 1- Dinâmicas utilizadas na moderação dos temas

Apêndice II- Questionário de Avaliação da satisfação dos utentes no grupo

Apendice III- Tabela 2- Valores referentes aos domínios da escala WHOQOL Bref e média dos domínios por participante Tabela 3- Valores referentes à percepção da QdV e satisfação com a saúde por participante (escala WHOQOL Bref)

Apêndice IV- Tabela 4- Análise referente à categorização das narrativas dos participantes no estudo relacionada com a gestão do quotidiano Tabela 5. Análise referente à categorização das narrativas dos participantes no estudo relacionada com o programa psicoeducativo



Apêndice V- Tabela 6- Proposta de guião de entrevista

Anexos

Anexo I- Tabela 6- Domínios referentes ao instrumento da avaliação da qualidade de vida da OMS (WHOQOL Bref )

Anexo II- Consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação

Anexo III - Parecer da Comissão Ética

## INDICE DE TABELAS

Tabela 1- Estudos realizados no âmbito da psicoeducação, distribuídos segundo os autores, amostra, objetivos, estrutura/duração e resultados (adaptado de Lukens e Mcfarlane, 2004) .....	30
Tabela 2 – Distribuição dos artigos em relação ao tipo de grupo, coordenação, participantes, local em que é realizado e objetivo do grupo (Adaptado de Spadini e Sousa, 2006) .....	33

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes dos 3 grupos por género .....	41
Gráfico 2 – Distribuição dos participantes dos 3 grupos por idade.....	42
Gráfico 3- Distribuição dos participantes pelas sessões grupais.....	43
Gráfico 4- Avaliação da proximidade com a equipa .....	45
Gráfico 5- Avaliação da identificação das dificuldades ao longo das sessões .....	45
Gráfico 6- Avaliação da aquisição de estratégias para lidar com as dificuldades .....	46
Gráfico 7- Avaliação da informação disponibilizada nas sessões .....	46
Gráfico 8 – Avaliação do estabelecimento de objetivos pessoais significativos ao longo das sessões .....	47
Gráfico 9- Avaliação dos temas que consideraram mais importantes.....	47

## INTRODUÇÃO

Apoiar a pessoa com doença mental grave no seu curso de vida requer um investimento significativo ao nível da educação em saúde, inserido no paradigma da desinstitucionalização, privilegiando atualmente o tratamento comunitário enquanto processo de reabilitação. O seu foco visa a reinserção da pessoa no seu contexto familiar e comunitário através dos recursos disponíveis, em que a psicoeducação pretende ser uma ferramenta terapêutica interventiva que permite capacitar o paciente na gestão de situações decorrentes da doença já instalada.

Como ponto de partida para este estudo foram colocados dois aspetos essenciais para o impulso na elaboração deste trabalho que são: a necessidade de estruturar e expandir a intervenção do enfermeiro de saúde mental na comunidade; a convicção de que a intervenção estruturada em grupo pode trazer benefícios em termos da gestão da doença e prevenção das recaídas.

Este projeto tem como objetivo geral a compreensão da psicoeducação como uma estratégia de intervenção em saúde mental comunitária. Permitirá avaliar os ganhos em saúde que decorrem deste tipo de intervenção, reforçando assim novas formas de cuidados em saúde mental e psiquiatria inseridas no atual paradigma da crescente atenção nesta área da saúde, com o emergir da integração dos cuidados de saúde mental na rede de cuidados continuados em saúde. Irá ser feito um enquadramento teórico relativamente ao conceito de psicoeducação, a sua evolução histórica e sua articulação na intervenção do enfermeiro.

Com este trabalho pretende-se conhecer e caracterizar diferentes modelos de intervenção em psicoeducação, analisar um programa psicoeducativo em uso numa Unidade de Saúde Mental Comunitária e avaliar a sua contribuição para a qualidade de vida e bem-estar dos utentes.

Recorre-se à metodologia de estudo de caso. A análise dos resultados irá permitir compreender a contribuição do programa psicoeducativo no bem-estar e qualidade de vida dos utentes com doença mental grave na Unidade de Saúde Mental Comunitária. Os instrumentos de recolha de dados a utilizar são: a entrevista compreensiva semi-estruturada dirigida aos utentes que integram o programa, a escala da qualidade de vida (WHOQOL-BREF), um questionário de satisfação

elaborado pelas enfermeiras que moderam o programa, em que a observação participante do investigador está presente.

A pesquisa bibliográfica incidirá majoritariamente sobre estudos referentes a programas psicoeducativos comunitários existentes, através de uma revisão da literatura. Irá também proceder-se a análise da documentação produzida no âmbito do programa.

## 1. PROBLEMÁTICA

A elaboração de um programa psicoeducativo numa Unidade de Saúde Mental Comunitária procura responder às diretrizes preconizadas pelo Plano Nacional de Saúde Mental e pretende complementar as intervenções psicoeducativas individuais que são o foco principal do trabalho da equipa de enfermagem na consulta comunitária.

Vários estudos têm demonstrado que as intervenções psicoeducativas têm sido eficazes em vários âmbitos, quer na redução da sintomatologia, quer no aumento da compreensão e adesão aos tratamentos. A psicoeducação potencia outras intervenções terapêuticas e em alguns casos reduz o número de internamentos hospitalares. Assim, conforme a especificidade de cada doença, o paciente e cuidadores passam a ter mais conhecimento sobre a doença em si, adotam estratégias e aprendem a gerir melhor as situações de crise em que o *stress* associado é reduzido, existe maior adequação na gestão das rotinas do quotidiano e, no geral, valoriza-se o papel social do paciente. Este e a sua família são dotados de ferramentas que lhes permitem considerar a vulnerabilidade percebida para um comportamento de saúde, reorganizar a sua identidade face à condição funcional e psicossocial adversa, adequar expectativas e valorizar os resultados sobre um comportamento alternativo ajustado. A vantagem desta modalidade de intervenção centra-se na pessoa e não no problema (Colom e Vieta 2006).

A psicoeducação visa promover no paciente a capacidade de compreender as diferenças entre as suas características pessoais e as características da doença que tem de enfrentar, permitindo um conhecimento detalhado sobre as consequências e os fatores desencadeantes dos problemas ou doença que apresenta (Caminha *et al* 2003).

Segundo Luckens e McFarlane (2004), a psicoeducação é uma das mais eficazes práticas baseadas na evidência que emergiram em contextos clínicos comunitários. Pela sua flexibilidade, a qual incorpora informação específica em relação a determinada doença e as estratégias de intervenção para lidar com a mesma, a psicoeducação tem um amplo potencial para abranger vários contextos e circunstâncias de vida.

Muitas formas de intervenções psicossociais estão baseadas no modelo tradicional médico, centradas no tratamento da patologia, doença e sua incapacidade. Pelo contrário, a psicoeducação reflete uma mudança de paradigma para uma abordagem holística baseada em competências, de forma a capacitar o indivíduo para lidar com situações de *stress* (Dixon *et al* 2001).

O cuidado prestado à saúde mental refere-se a uma amplitude de serviços utilizados em países que podem empenhar recursos que permitem ir além dos cuidados de saúde primários, com retaguarda de especialistas nesta área. São serviços especializados e diferenciados com objetivos específicos e inserem-se num quadro de tratamento comunitário assertivo coordenado por equipas comunitárias especializadas em cuidados de saúde mental. Quando bem implementados podem prevenir recaídas e internamentos hospitalares (Thornicroft e Tansella, 2008). De acordo com estudos controlados randomizados e revisões sistemáticas referentes a estas equipas comunitárias (Mueser *et al* 1998), concluiu-se que existe forte evidência de que, este tratamento, quando direccionado a pessoas com doença mental grave, podem produzir diversas vantagens, tais como: reduções dos internamentos hospitalares de doentes com sintomatologia aguda, melhorias na qualidade de vida e bem-estar dos mesmos.

A doença mental traduz repercussões na funcionalidade e quotidiano da pessoa. Torna-se um processo complexo que resulta em dificuldades várias na adaptação e gestão do problema e a vulnerabilidade emerge. É por isso necessário um apoio eficaz por parte das equipas de tratamento em saúde mental, capaz de responder às necessidades das pessoas. A psicoeducação baseia-se em pontos fortes e focados no presente e procura desenvolver técnicas estruturadas de resolução de problemas. Estas são utilizadas para ajudar a remover barreiras e enfrentar situações carregadas de complexidade, utilizando a informação de forma eficiente e proactiva.

## **2. A PSICOEDUCAÇÃO COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA**

### **2.1. O conceito de psicoeducação**

Podemos considerar este conceito enquadrado numa proposta de educação para a saúde e que pode ser considerado uma estratégia de promoção da saúde que permite auxiliar os indivíduos na aquisição de conhecimentos e competências, e também promover atitudes favoráveis à saúde e à promoção do bem-estar e equilíbrio. A educação para a saúde mental é normalmente realizada nos serviços de saúde mental comunitários que são serviços de saúde mental especializados baseados na comunidade. Tem-se verificado que as pessoas que recebem bons cuidados comunitários têm melhores resultados em termos de saúde mental e melhor qualidade de vida, do que as tratadas em hospitais psiquiátricos (OMS e Wonca, 2008).

É importante salientar, tal como refere Carvalho e Carvalho (2006) que a construção do conhecimento de cada indivíduo faz-se com base na afetividade. Isto implica que, essa mesma construção vai depender das emoções que se estabelecerem entre as pessoas. Por isso, a relação que se estabelece entre os educandos e entre estes e o educador é fundamental para o sucesso de qualquer programa educativo.

A psicoeducação é uma intervenção psicoterapêutica que tem como objetivo centrar-se nas satisfações e ambições relacionadas com os objetivos do paciente e é mais do que uma técnica destinada a curar determinada doença (Authier, 1977).

A psicoeducação procura compreender a relação complexa entre vários fatores tais como: os sintomas da doença, a personalidade do indivíduo, o seu ambiente interpessoal e os efeitos colaterais da medicação. É considerada importante para a organização da condição da pessoa, para que ela se sinta responsável e não culpada pela sua doença (Colom e Vieta 2006).

No caso específico da área clínica, no caso de uma perturbação ou tratamento, pretende-se alertar o indivíduo para os aspetos de promoção da saúde e preventivos da doença, assim como capacitar o paciente e/ou os familiares/cuidadores na gestão de situações decorrentes da doença já instalada.

Esta modalidade de tratamento caracteriza-se por ser limitada no tempo, estruturada, diretiva, focada no presente e na resolução de problemas. É uma abordagem baseada em métodos experimentais e científicos, partindo do pressuposto



de que as cognições geram as emoções e os comportamentos. Educar o paciente por diversos meios tais como esclarecimentos, brochuras, literatura acessível, filmes, entre outros, torna-se fundamental pois é através destas informações que o paciente aprende acerca do funcionamento da sua patologia, conseguindo assim identificar comportamentos e pensamentos distorcidos/disfuncionais que resultam em sofrimento (Basco e Rush, 2005).

Segundo Authier (1977), a psicoeducação propiciou uma maneira de auxiliar o tratamento das doenças mentais a partir das mudanças comportamentais, sociais e emocionais cujo trabalho permite a prevenção na saúde. Assim, a maneira mais efetiva de auxiliar as pessoas é ensiná-las a ajudarem-se, permitindo consciencialização e autonomia. Dessa forma, a psicoterapia iniciou um processo de caráter também educativo tanto para o paciente como para os seus cuidadores cujo objetivo é ensiná-los sobre o seu tratamento psicoterapêutico para que possam ter consciência e preparação para lidar com as mudanças a partir de estratégias de enfrentamento, fortalecimento da comunicação e da adaptação (Bhattacharjee *et al* 2011).

Wood *et al* (1999) sugerem separar o termo, a parte psico refere-se às teorias e técnicas psicológicas existentes; a educação por sua vez está relacionada com a área pedagógica a qual envolve o processo de ensino-aprendizagem. Neste caso engloba o desenvolvimento social, emocional e comportamental do sujeito, pelo que o profissional atua como um agente de mudança.

## **2.2. Evolução histórica do conceito**

Maurice Capul e Michel Lemay, co-autores do livro “De l’éducation Spécialisée” relatam citações que datam do séc. XII acerca das bases e atitudes educativas relativamente a crianças desfavorecidas. Desde as épocas mais remotas, encontram-se os pressupostos que estão na base do atual modelo da psico-educação (Lebon 1997), de entre os quais se destacam: interesse pelas crianças; reconhecimento de que aquilo que se aprende enquanto criança traz um sentido para toda a vida; noção do desafio pedagógico, isto é, é preciso ir ao encontro da criança onde ela está; noção de normalização e integração, através da promoção da esperança e da recuperação dos mais carentes. Portanto, conclui-se que a educação especializada não é uma preocupação nova.

Segundo Zimerman (1997), é relevante apontar alguns estudiosos do movimento das grupoterapias como Pratt que, em 1905, criou o método de “classes coletivas”. Esse método foi iniciado com um grupo de pacientes tuberculosos em que Pratt realizou o ensino sobre a gestão da doença, destacando a importância da higiene e os problemas decorrentes da patologia. A relação que se estabeleceu entre o médico e os doentes através de reforços positivos nas aprendizagens teve um impacto positivo na recuperação física dos doentes. Esta primeira experiência serviu como modelo para outras organizações similares tais como a dos alcoólicos anônimos iniciada em 1935. Em 1921 Freud teve uma contribuição importante no desenvolvimento das noções sobre a psicologia das multidões, grandes grupos institucionais (igreja, exército), processos identificatórios (projetivos e introjetivos) que vinculam pessoas e grupos, as lideranças e as forças que influenciam na coesão e desagregação dos grupos; Em 1930 Moreno desenvolveu a técnica do psicodrama e Lewin criou a expressão dinâmica de grupo; Em 1948 Foulkes inaugurou a prática da psicoterapia psicanalítica de grupo e Pichon Rivière também foi um grande nome na área dos grupos operativos, com contribuições originais, mundialmente aceites e praticadas por vários profissionais. Ainda na década de 40 Bion criou e difundiu conceitos totalmente originais acerca da dinâmica de grupo, entre os quais se destaca a sua concepção de que qualquer grupo se movimenta em dois planos. O primeiro denominado por “grupo de trabalho” opera no plano do consciente e está voltado para a execução de alguma tarefa. O segundo opera no plano do inconsciente e as suas manifestações clínicas correspondem a fantasias inconscientes. Na década de 60 a escola Francesa e a escola Argentina desenvolveram concepções teóricas a partir dos trabalhos de dois psicanalistas franceses (Anzieu e Kaes). Estes desenvolvem o conceito de “aparelho psíquico grupal”, intrinsecamente ligado ao psiquismo inconsciente individual. A partir dessa altura desenvolvem-se grupoterapias que começam a adquirir alicerces referenciais específicos e identidade própria. Na década de 80 surgiram publicações sobre atividades em grupo desenvolvidas por enfermeiras e nessa altura começa a surgir a importância do trabalho em equipa multidisciplinar.

A evolução dos conhecimentos e a tomada de consciência no início dos anos 50 levada a cabo por vários autores tais como Bettelheim, Neil e Redi, tornou possível uma nova visão denominada de Psico-educação. Nesta perspetiva o educador é terapeuta no e pelo acontecimento quotidiano (Lebon, 1997). Para complementar este

entendimento, o mesmo autor considera a psicoeducação como uma arte da relação e da ação educativa no compartilhar do cotidiano, que com frequência consideramos banal e insignificante. Acrescenta ainda que todo o sujeito está no coração da intervenção, que todos os seus gestos, suas palavras, seus silêncios constituem uma linguagem e que escutá-la favorece a criação de uma identidade, a emergência de uma autonomia. Permitir esta linguagem é compartilhar a vida quotidiana do sujeito e criar ao longo do tempo as condições de atualização daquilo que é melhor nele.

A psicoeducação teve o seu início em 1970 e surge como um modelo que envolve o paradigma da complexidade da espécie humana. Envolve distintas disciplinas e teorias que podem ser inter-relacionadas para compreender e aplicar as suas técnicas perante a doença da pessoa (Wood *et al*, 1999). Estes autores chamam a atenção para que este modelo não pode ser aplicado de qualquer maneira, ou seja, deve haver um método sistemático com aplicação de testes e de técnicas específicas para averiguar qual o procedimento psicoeducativo que possibilita resultados positivos. Isto justifica o desenvolvimento de projetos e de pesquisas acerca da psicoeducação desde o seu surgimento até hoje, e que devem procurar explorar as evidências da sua eficácia enquanto técnica psicoterapêutica.

### **2.3 Vantagens da intervenção em grupo**

O ser humano não vive só. Para se desenvolver e sobreviver necessita dos pares, nos quais podem ser trabalhadas as relações e existe a possibilidade de se obter ajuda e troca de experiências necessárias para a vida. Por isso, os grupos proporcionam, entre outras coisas, oportunidades para o enfrentamento dos medos, das angústias e culpas e dos conflitos presentes no quotidiano do homem, favorecendo o autoconhecimento (Spadini e Souza, 2006). Ainda segundo estes autores, sabe-se atualmente que o atendimento por grupos é uma das principais vertentes no tratamento dos utentes com doença mental. São necessários novos estudos que redirecionem as novas formas de intervenção na doença mental em que a estratégia grupal pode ser uma forma de tratamento. No seu processo de trabalho o enfermeiro deve antes de mais, reconhecer a importância do trabalho grupal, porque é ainda uma área de intervenção pouco explorada por este grupo profissional, não somente na saúde mental como noutras áreas. Foi feito um estudo de revisão da literatura sobre o trabalho em grupo realizado por enfermeiros na área da saúde

mental e verificou-se que, o recurso da intervenção em grupo tem sido reconhecido pelo enfermeiro pelo seu valor terapêutico e fundamental na qualidade dos cuidados prestados (Spadini e Souza, 2006).

Segundo Santos (2010), o ensino em grupo é apropriado para algumas pessoas o que lhes permite não apenas receber a informação necessária, mas também sentirem-se seguras como membro do grupo. Os indivíduos com problemas ou necessidades de ensino similares permitem a identificação com cada membro do grupo, ganhando assim suporte moral e coragem. O educador deve ter domínio acerca das novas tecnologias de informação e da comunicação como importantes recursos para a educação.

Segundo Lebon (1997), o grupo reveste-se de um potencial educativo que terá de ser aproveitado ao máximo e ter em conta os seguintes pressupostos:

**O grupo é um lugar de socialização:** a vida coletiva com as suas inevitáveis frustrações e alegrias permite aos membros de um grupo aprenderem a gerir o quotidiano com a partilha em comum. Assim, o grupo torna-se progressivamente um lugar de trocas onde cada um aprende a posicionar-se em relação ao outro, encontrando um território e símbolos coletivos que permite traçar uma rede singular de interações que favorece a descoberta da força afetiva das co-produções.

**O grupo permite o autoconhecimento** através do que os sujeitos são aos olhos dos outros e o que os outros são para eles. Pode-se falar de um funcionamento em espelho.

**O grupo permite a aprendizagem** das várias funções inerentes à vida coletiva, tais como: tomada de responsabilidade, aceitação dos papéis, estabelecimento de canais de comunicação, etc. O saber-fazer educativo consiste em estar atento às potencialidades que a vida coletiva oferece e a utilizá-las para permitir aprendizagens corretivas.

**O grupo é um lugar de realização** e evolui graças à sua capacidade de realizar um conjunto de atividades que une os seus membros.

**O grupo é um lugar de expressão** em que a vida coletiva pode criar condições de escuta e empatia mútuas que favorecem os desejos de expressão de cada um.

**O grupo é um lugar de encontro** que se pode tornar um lugar de encontro significativo, prevenindo o isolamento e promovendo a interação social.

**O grupo é regido por normas** podendo tornar-se um meio de regulamentar as condutas sociais construindo assim, um sistema de regras, de opiniões e de atitudes que se tornam a lei do grupo.

Assim, Lebon conclui que os grupos mobilizam forças que produzem efeitos importantes nos indivíduos e que é mais fácil mudar os comportamentos de um indivíduo em grupo do que quando ele está sozinho.

## **2.4. A intervenção do enfermeiro**

Os enfermeiros reforçam a psicoeducação, quer através de processos formais organizados como através de processos informais na sua relação quotidiana com o outro. A necessidade das enfermeiras estruturarem um programa psicoeducativo enquadra-se num processo formal organizado que envolve a equipa multidisciplinar e que pretende melhorar a saúde mental das pessoas na comunidade.

Esta intervenção enquadra-se numa terapia de suporte em que alguns dos seus objetivos se relacionam com este tipo de abordagem tal como refere Bloch (1996) citado por Chalifour (2009). O autor refere que os objetivos muitas vezes estão ligados à gestão de sintomas e às suas repercussões na vida da pessoa da seguinte forma: favorecer a melhor adaptação psicológica e social da pessoa, restaurando e reforçando a suas habilidades para enfrentar os desafios do quotidiano; aumentar o mais possível a auto-estima e auto-confiança; tornar a pessoa consciente da realidade e das suas condições de vida, ou seja dos seus limites e dos do seu tratamento; estabilizar a sua condição clínica tentando prevenir uma descompensação clínica e consequente reinternamento; fazer com que a pessoa consiga recorrer à ajuda profissional para garantir uma melhor adaptação possível.

Os doentes com quadros crónicos necessitam de um nível de apoio alargado nas suas comunidades para manterem o melhor estado de saúde e nível de funcionamento, durante tanto tempo quanto possível. Carecem de aptidões de autocuidado para gerir problemas, associadas a um cuidado e tratamento proactivos, integrados, planeados, que prevejam as suas necessidades, de modo a que quaisquer alterações no seu estado possam ser rapidamente enfrentadas, antes de evoluírem para uma situação aguda. No centro das práticas e modelos relativos à gestão da doença está o doente, família, e comunidades informadas e motivadas, apoiadas por equipas multidisciplinares. Os enfermeiros têm estado na linha da frente destas

práticas que são: facultar informações e educação ao doente; estabelecer relações com os doentes, cuidadores e comunidades; disponibilizar a continuidade dos cuidados; apoiar a adesão do tratamento a longo prazo e promover a prática colaborativa (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2010).

A definição de educação para a saúde sofreu transformações, decorrentes da evolução das novas perspectivas de saúde e de bem-estar individual, comunitário e social. Atualmente é considerada como “um processo baseado em regras científicas que utiliza oportunidades educacionais programadas por forma a capacitar os indivíduos, agindo isoladamente ou em conjunto, para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com a saúde” (OMS, 1990). É possível verificar que esta conceção evidencia o papel formativo e fomentador de estilos de vida saudáveis do educador. As ações de educação para a saúde devem reforçar o processo de tomadas de decisão conscientes acerca das escolhas mais saudáveis, estimulando a interação dos indivíduos com a sua comunidade, promovendo ações para uma vida saudável e participativa, de forma responsável e ativa no processo educativo. Os intervenientes neste processo devem também ser genuínos dinamizadores da reflexão dos grupos e da comunidade, de forma a incentivar as pessoas a interpretar o seu modo de vida e a refletir os seus contextos, de maneira a poderem identificar e mobilizar os recursos disponíveis para se manterem saudáveis (Queiroz, 2011).

O interesse em ajudar os pacientes e suas famílias a aprender como manter e/ou restaurar a saúde e (re) adaptar-se às novas condições do seu estado é uma preocupação dos enfermeiros (Figueiredo 2005). Estes devem oferecer caminhos que visem à construção do saber e que possibilitem a formação de pessoas críticas, criativas e preparadas para atuarem de forma efetiva nas diferentes comunidades, pautando-se na busca de soluções efetivas para os problemas de saúde da população. O processo ensino-aprendizagem é uma atividade que requer o envolvimento do educador e do aprendiz com o intuito de alcançar o resultado desejado que é a mudança do comportamento. O educador não transmite simplesmente a informação para o aprendiz mas também serve como um facilitador da aprendizagem (Santos, 2010).

Para Delors (2010), a educação deve organizar-se em torno de quatro aprendizagens fundamentais que estão na base dos pilares do

conhecimento de cada indivíduo que são: aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver em sociedade e aprender a ser.

A educação para a saúde é importante na promoção da estabilidade clínica do utente e pode determinar como os indivíduos e as famílias são capazes de ter comportamentos que conduzam a um ótimo auto cuidado. Segundo Magalhães (2004), educar envolve afeto, persistência, desejo, relações humanas e contacto corpo a corpo. A doença leva o sujeito a procurar novas maneiras de lidar com a vida e leva os enfermeiros a procurar novas formas de cuidar. Pensar na vida e no desejo quando se pensa na doença e na morte deve ser uma prioridade.

Todo o cuidado de enfermagem é dirigido à promoção, manutenção e restauração da saúde, à prevenção de doenças e assistência às pessoas no sentido de se adaptarem aos efeitos residuais da doença. Apesar de a pessoa ter o direito de decidir aprender ou não, o enfermeiro tem a responsabilidade de informar o que poderá motivar a pessoa quanto à necessidade de aprender (Santos 2010).

Segundo Chalifour (2009), para algumas pessoas aceitar participar num ensino acerca da sua doença e tratamento, é reconhecer que se está doente e que os défices e as perdas que acompanham a doença são reais e por vezes permanentes. Para outros, a dificuldade em aprender relaciona-se principalmente com a sua dificuldade em confiar nas suas capacidades para se auto cuidarem dados os limites originados pela doença. Por isso o autor sublinha a complexidade da significação das reações do utente perante um aconselhamento e convidam o terapeuta a não ajuizar prematuramente a má-fé e falta de colaboração do cliente. O enfoque deverá estar sempre centrado em ajudar a pessoa a adquirir e desenvolver conhecimentos quanto às suas dificuldades e competências cognitivas (resolução de problemas), afetivas (gestão das emoções), sociais (adaptação social) e comportamentais (saber-fazer), com o objetivo de aumentar a sua autonomia. Ainda segundo Chalifour (2009), a função educativa exercida pelo terapeuta pode ser desenvolvida de modo estruturado no âmbito de uma intervenção individual ou de grupo organizada com este fim.

Existem algumas estratégias importantes na condução desta terapia de suporte que são: informar, orientar, aconselhar, encorajar, favorecer a catarse, servir de agente da realidade, tornar o ambiente reparador, em que o terapeuta deve ser facilitador nesta abordagem (Chalifour, 2009).

A educação transformadora sobrepõe-se ao modelo convencionalmente desenvolvido através de uma orientação fortemente biológica e centrada na doença. Esta ação educativa fundamenta-se no exercício crítico-reflexivo de reconstrução do seu próprio processo, fundamenta-se na realidade e constrói conhecimento, gerando transformações que são necessárias nas situações vividas do quotidiano (Reibnitz e Prado 2006).

## **2.5. Contributos para a qualidade de vida e bem-estar**

A psicoeducação pretende em última instância promover o bem-estar da pessoa com doença mental. É essencial encorajar as pessoas a alcançar o maior nível possível de bem-estar vivendo uma vida saudável, com o objetivo de prevenir, promover a prevenção das doenças e melhorar a qualidade de vida. A promoção de atitudes favoráveis à saúde e à promoção do bem-estar e equilíbrio pelas equipas comunitárias de saúde mental e psiquiatria é essencial, inseridas num quadro de tratamento comunitário assertivo (Bartimann *et al*, citado por Santos 2010).

A preocupação com a QvD em pessoas com doença mental vem desde há centenas de anos quando se lutou pela humanização do seu tratamento, pela reforma dos grandes hospitais psiquiátricos e com a tentativa de reinserir os doentes na comunidade (Orley *et al* 1998).

A qualidade de vida é um conceito subjetivo por ser percecionado por cada pessoa de forma diferente, e é sentido pelos utentes de uma forma geral como sendo uma sensação de bem-estar e conforto que lhes permite um equilíbrio bio-psico-social no desempenho do seu quotidiano.

O conceito de bem-estar subjetivo não sendo acessível a critérios de avaliação externos, refere-se à opinião do indivíduo sobre o modo como se sente, ou seja, não é possível compreender a felicidade e o bem-estar das pessoas sem ouvirmos as suas informações (Canavarro e Serra, 2010). No entanto, alguns autores referem que os processos causais subjacentes à estrutura deste conceito se podem dividir em três componentes principais, independentes entre si: o afeto positivo, o afeto negativo e a satisfação (Schimmack, 2008).

A qualidade de vida (QvD) é a “perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e



em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995).

Ainda segundo os autores, a QvD é influenciada pela saúde física e mental, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais.

Tal como afirma Phillips (2006), a QvD implica a satisfação de necessidades básicas e sociais. Requer autonomia para que possamos apreciar a vida, florescer e participar como cidadãos numa sociedade onde haja normas integradoras tais como integração cívica, coesão social, confiança interpessoal incluindo justiça e equidade, num ambiente global física e socialmente sustentável. Segundo Lonnqvist, Sintonia e Syvalathi (1994) citados por Canavarro e Serra (2010), a avaliação da QvD leva a conhecer melhor a capacidade de atuação de um tratamento, ou seja, consideram que o doente melhora e o medicamento está a ser eficaz quando há uma mudança positiva na QvD do indivíduo.

Segundo Canavarro e Serra (2010), o doente deixou de ser considerado um simples “armazém de doença” em que no processo de cura deixou de ser suficiente apenas a remoção dos sintomas. Começou a ser necessário a avaliação do bem-estar físico, mental e social do indivíduo. O interesse pelo conceito de qualidade de vida, associado à sua crescente relevância na prática clínica e à constatação da inexistência de um instrumento de avaliação de QdV que privilegiasse uma perspetiva transcultural e subjetiva, conduziu a OMS a reunir um conjunto de peritos, pertencentes a 15 culturas diferentes (WHOQOL Group), com o objetivo de debater o conceito e construir um instrumento para a sua avaliação. Para isso, foi desenvolvido um programa de investigação sistemático em Portugal, orientado para a sua adaptação, validação e normalização. O instrumento é um dos mais utilizados internacionalmente para avaliar a QvD (WHOQOL Bref). É composto por 26 itens e está organizado em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e ambiente (Anexo I, tabela 6). Também existe uma faceta geral de QvD composta por dois itens que avaliam a QvD geral e a perceção geral de saúde.

Considera-se que o elevado número de investigações disponíveis, a amplitude do número de países envolvidos e a diversidade de grupos clínicos estudados revelam o reconhecimento e aceitação internacionais do instrumento de avaliação da QvD (Canavarro & Serra 2010).

Concluiu-se que doentes bipolares e unipolares, com pontuações mais baixas de QvD, recaíram após quatro semanas após a avaliação, mesmo quando o humor se mantinha neutro. Se a QvD é baixa, o prognóstico é mau (Thunedborg *et al* 1995).

Hunt e McKenna (1993), concluíram que a QvD leva a prever quem coopera com o tratamento. Durante um ensaio clínico com um novo antidepressivo, comprovaram que os doentes com valores mais baixos de QvD abandonaram precocemente o tratamento, mesmo quando já estavam a melhorar dos seus sintomas depressivos.

Segundo Borup e Undén (1994) citados por Canavarro e Serra (2010), a QvD ajuda a estabelecer objetivos terapêuticos. Os autores verificaram em doentes deprimidos que tinham também dependência de álcool que a sua QvD só melhorava quando recebiam um tratamento conjunto para a sua recuperação, isto é, para o quadro depressivo e consumo abusivo de álcool.

Sabe-se também que este conceito influencia positivamente a saúde física e a saúde mental, com efeitos eventuais sobre o aumento da longevidade (Argyle, 1996).

O sociólogo holandês Ruut Veenhoven estudou dados relativos à felicidade das populações em vários países, e concluiu que os cidadãos mais felizes vivem nas sociedades com sistemas educativos de boa qualidade, boas infraestruturas sociais, altos índices de literacia, igualdade entre os sexos e cuidados de saúde modernos (World Database of Happiness, 2009). Diener e Suh (2000) referem que o bem-estar e a felicidade das pessoas dependem de fatores históricos e culturais e relacionam-se igualmente com níveis de sociabilidade e confiança interpessoal.

Segundo Phillips (2006), os países escandinavos parecem ser os mais felizes, seguidos pela Grã-Bretanha, EUA, Canadá e Austrália. Os países asiáticos são os menos felizes. A Rússia, a Hungria e a Bélgica evidenciam um declínio acentuado nos seus valores de bem-estar, na dependência de conjunturas políticas e sociais particulares.

Lyubomirsky (2008) refere que os determinantes da felicidade e do bem-estar subjetivo dependem, em média, de um *set point* biológico de 50% (significa que as pessoas têm índices de felicidade

determinadas pelos seus temperamentos), das circunstâncias ou situações de vida (10%) e das atividades ou estratégias intencionais do indivíduo (40%).

Segundo o mesmo autor citado por Canavarro e Serra (2010), a “chave” da felicidade pessoal não está presente no equipamento genético ou nas circunstâncias em que vivemos mas sim nas atividades comuns, naquilo que fazemos e no modo como pensamos.

Orley *et al* (1998), também defendem que quando os doentes psiquiátricos são transferidos das instituições para a comunidade, a sua perceção relativamente à QvD pode diminuir devido às suas baixas expectativas. Isto significa que as expectativas das pessoas são uma influência válida na avaliação subjetiva da QvD. Uma questão que tem sido também levantada sobre a avaliação da QvD nos doentes psiquiátricos é duvidar da validade do julgamento nas respostas da escala devido à sua doença mental. Ou seja, isto significa que o estigma influencia os estudos, desvalorizando-se os resultados obtidos. Contudo, os mesmos autores salientam que, se a QvD é aceite como resultante de uma avaliação subjetiva, a lógica indica que é o ponto de vista do doente que deve ser aceite como válido. Só a investigação feita com doentes em fases diferentes da sua doença pode dar a informação que esclareça melhor este ponto.

A escolha na aplicação da escala de avaliação da qualidade de vida aos participantes do programa psicoeducativo em estudo, centra-se numa visão holística da pessoa tendo em conta as suas várias dimensões. O cuidado de enfermagem numa perspetiva biopsicossocial engloba a dimensão da doença enquadrada na vida e no quotidiano da pessoa com doença mental grave com as suas vulnerabilidades. Não podemos trabalhar a gestão da doença sem estarmos atentos aos diversos condicionantes de cada história de vida que vão moldando o bem-estar e a qualidade de vida de cada um.

## 2.6. Programas psicoeducativos

Segundo Duarte (2007) foram desenvolvidos vários programas comunitários, a partir da década de 70, alternativos à institucionalização, como o ACT - *Assertive Community Treatment* (Stein e Test, 1985) a reabilitação psiquiátrica (Farkas, 2006) e os clubhouses (Propst, 2007). Todos eles defendiam o tratamento e a reabilitação das pessoas com doença mental grave nos contextos comunitários, tendo como objetivos a prevenção da hospitalização e o desenvolvimento de competências para que aumentassem os seus níveis de funcionalidade na comunidade. Com base numa análise exaustiva da literatura baseada em evidências sobre doentes com o diagnóstico de esquizofrenia (Patient Outcomes Research Equipe), o estudo recomendou que a educação, apoio, intervenção na crise e técnicas de resolução de problemas sejam proporcionados também aos membros da família ao longo de um período de pelo menos nove meses (Lehman e Steinwachs 1998). Estas são as recomendações para as melhores práticas segundo a Associação Americana de Psiquiatria, dado que foram observados notáveis resultados positivos em 25 estudos independentes (Dixon *et al* 2001, McFarlane *et al* 2003). Para pessoas que recebem terapia individual e medicação, ou apenas medicação, a taxa de recaída varia de 30 a 40%. Para aqueles que participam em grupos psicoeducativos familiares durante pelo menos 9 meses, a taxa de recaída é de cerca de 15% (Baucom *et al* 1998).

Houve também resultados positivos que foram documentados pelos pacientes e suas famílias, concluindo que a psicoeducação traz múltiplos benefícios tais como: redução dos sintomas, aumento da funcionalidade das pessoas com doença mental grave e seus familiares e consequente aumento do bem-estar (McFarlane *et al* 2003). Os principais aspetos desta abordagem inclui o reforço da proximidade com as equipas de tratamento, as expectativas do utente relativamente à intervenção, o manejo na gestão da doença e tratamento, transmissão da informação clara e atualizada, realizada de forma oportuna e adaptada a cada situação. Ainda segundo McFarlane *et al* (2003), numerosos estudos randomizados verificam que as intervenções psicoeducativas estão associadas a uma maior funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar, diminuindo assim a sintomatologia ativa favorecendo *outcomes* positivos tanto para a pessoa com doença como para os familiares. Estes programas podem ser utilizados e adaptados a vários contextos como por exemplo:

crianças/ adolescentes e suas famílias, mulheres com o diagnóstico de depressão pós-parto, indivíduos com distúrbio do comportamento alimentar, cuidadores de pessoas com demência, pais de filhos com atraso mental, mulheres que vão ser submetidas a histerectomia, indivíduos com obesidade, adolescentes com diabetes, entre outros. Isto vem reforçar o valor e a importância do suporte emocional e o aumento nas estratégias de coping utilizadas para fazer face às várias formas de doença grave.

Vários estudos randomizados relacionados com a psicoeducação estão bem representados na literatura. Têm como alvo pacientes com doença mental grave incluindo adultos e crianças. A compilação e análise destes estudos foi realizada por Luckens e Mcfarlane (2004), tabela 1:

Fristad *et al* (1998) realizaram sessões psicoeducativas dirigidas a crianças com transtornos do humor, com idades compreendidas entre 8 e 11 anos e suas famílias. O foco das sessões esteve centrado na relação entre pais e filhos e pretendeu fornecer informações em relação à doença e tratamento, diminuir a emoção expressa nos pais, reduzir o *stress* e a duração dos sintomas na criança. Foi disponibilizada informação acerca da melhor comunicação entre os membros da família e entre os vários sistemas sociais, estratégias eficazes para a resolução de problemas e gestão dos sintomas.

Honey *et al* (2003) realizaram um grupo psicoeducativo em mulheres com depressão pós parto. A intervenção teve como foco o ensino de estratégias nos cuidados à criança, a obtenção de um suporte social, técnicas cognitivo-comportamentais e de relaxamento. Após 6 meses de tratamento as mulheres que participaram nos grupos psicoeducativos mostraram resultados significativos na avaliação dos sintomas depressivos.

Tabela 1- Estudos realizados no âmbito da psicoeducação, distribuídos segundo os autores, amostra, objetivos, estrutura/duração e resultados (adaptado de Lukens e Mcfarlane, 2004)

Estudo	Amostra	Objetivos PE	Estrutura /duração	Resultados
<b>Colom et al, 2003</b>	Pacientes em ambulatório com dx de transtorno bipolar I e II (Espanha)	Informar sobre sintomas, curso da doença, estratégias de <i>coping</i>	21 sessões	Diminuição das recaídas; Aumento do tempo sem sintomas; Redução dos internamentos e diminuição do tempo dos mesmos;
<b>Dowrick et al, 2000</b>	Pacientes em ambulatório com dx de depressão	Promover relaxamento, competências sociais e pensamento positivo	12 sessões de 2 h durante 8 semanas	Aumento da funcionalidade; Melhorias na resolução dos problemas; Melhoria nas relações familiares
<b>Fristad et al, 1998, 2002</b>	Crianças com transtorno do humor	Diminuir os sintomas, promover estratégias de <i>coping</i> e comunicação, gerir o <i>stress</i> , alargar o suporte social	Grupos multifamiliar es das crianças e adolescentes, ao final da tarde	
<b>Honey et al, 2003</b>	Mulheres com dx de depressão pós-parto	Fomentar estratégias de <i>coping</i> nos cuidados à criança, alargar a rede social, ensino de técnicas cognitivo-comportamentais e de relaxamento	8 sessões	Redução da depressão num grupo de follow up após 6 meses, às mulheres medicadas com anti depressivos; Aumento da rede social; Fortalecimento dos laços conjugais

<b>Miklowitz et al, 2003</b>	Pessoas com doença bipolar e suas famílias	Aumentar competências no âmbito da comunicação e no treino de resolução de problemas	21 sessões com a família e o paciente durante 9 meses	Menor incidência de recaídas; Redução dos sintomas de descompensação; Maior adesão à medicação
<b>Peterson et al, 1998</b>	Mulheres com distúrbio do comportamento alimentar	Suporte informativo, gestão do <i>stress</i> , trabalhos de casa	14 sessões de 1 h durante 8 semanas	Diminuição da compulsão alimentar
<b>Rea et al, 2003</b>	Pacientes com o diagnóstico de doença bipolar I e suas famílias	Fornecer informação acerca da doença bipolar, melhorar a comunicação e a resolução de problemas, intervir na crise	21 sessões de 1h	Diminuição dos internamentos; Menos recaídas durante mais de 2 anos

Notas: PE= psicoeducação

Dowrick *et al* (2000) realizaram estudos com pessoas com o diagnóstico de depressão com o intuito de promover o relaxamento, as suas competências sociais e reforçar o pensamento positivo. Os autores concluíram que este tipo de intervenção reduziu o aparecimento de sintomas e aumentou a funcionalidade das pessoas na comunidade. Curiosamente os autores utilizaram a técnica de resolução de problemas como um tratamento independente da psicoeducação. Isto contrasta com a maioria dos estudos analisados que incorporam especificamente a técnica da resolução de problemas no conceito de psicoeducação.

Num estudo realizado em Espanha por Colom *et al* (2003) com doentes bipolares tipo I e II em ambulatório, comparou-se o impacto de 21 sessões psicoeducativas em relação a reuniões de grupo não estruturadas. Verificou-se que os participantes envolvidos nas sessões psicoeducativas apresentaram menor probabilidade de recaídas no geral, aumentaram o período de tempo sem sintomas e tiveram menos hospitalizações. Os objetivos das sessões tinham como foco suporte

informativo acerca dos sintomas, curso da doença e a aquisição de estratégias de coping eficazes na gestão da doença.

Noutro estudo realizado no mesmo ano por Rea *et al* (2003), citados pelos mesmos autores, compararam-se resultados relativamente aos pacientes envolvidos em 21 sessões psicoeducativas familiares e psicoeducação individual e verificou-se que os que participaram nas primeiras foram menos propensos a recaídas, com menos hospitalizações. Também se verificou que estes pacientes apresentaram uma melhor *compliance* ao tratamento. Algumas das estratégias utilizadas foi a técnica de resolução de problemas e a gestão na crise.

Também Miklowitz *et al* (2003), realizaram estudos randomizados em 21 sessões psicoeducativas a pessoas com doença bipolar e suas famílias. Foi utilizado o treino de competências no âmbito da comunicação e treino de resolução de problemas. Verificou-se que os pacientes tiveram menos recaídas, com períodos mais longos sem sintomas e melhor adesão à medicação.

Por último, Petterson *et al* (1998) utilizaram uma abordagem psicoeducacional dirigida a mulheres com distúrbio do comportamento alimentar. Foi utilizado o suporte informativo, a gestão do *stress* e tarefas para trabalhar em casa. O resultado obtido foi a diminuição da compulsão alimentar.

Spadini e Sousa (2006) desenvolveram um estudo sobre grupos realizados por enfermeiros na área da saúde mental entre Janeiro 1994 e Abril 2004 e na tabela 2 estão referenciados seis artigos publicados que foram analisados neste estudo, segundo o tipo de grupo, quem coordena o mesmo, os participantes, o local onde são realizados e os objetivos do grupo.

Observa-se a partir dos seis artigos mencionados, que relativamente ao tipo de grupo, um deles é um grupo de suporte/apoio cuja finalidade é ajudar pessoas em períodos de adaptação a mudanças e a novas situações, neste caso em utentes que foram sujeitos a procedimentos cirúrgicos. O foco da intervenção centra-se nos pensamentos, sentimentos e comportamentos disfuncionais, para os quais é dado apoio emocional e ensino de estratégias para capacitar os intervenientes no enfrentamento e solução dos problemas identificados. Este tipo de grupo revela-se útil devido aos benefícios que traz aos seus participantes tais como reduzir o *stress*, a ansiedade e o medo.



Tabela 2 – Distribuição dos artigos em relação ao tipo de grupo, coordenação, participantes, local em que é realizado e objetivo do grupo (Adaptado de Spadini e Sousa, 2006)

Artigo	Tipo	Coordenador	Participantes	Local	Objetivo do Grupo
1	Suporte/ Apoio	Enfermeiro	Utente cirúrgico	Clínica Cirúrgica	Aliviar tensão, Ansiedade e Medo.
2	Operativo	Enfermeiro	Utente Psiquiátrico	Hospital	Enfrentar contexto Social
3	Operativo	Enfermeiro	Mulheres Depressivas	Não informou	Expressão vivencial das utentes
4	Espera	Enfermeiro	Familiares Utentes psiquiátricos	Ambulatório de Saúde Mental	Discutir pontos importantes no contexto familiar
5	Auto- Ajuda	Facilitador	Utente Psiquiátricos, Familiares e amigos	Imóvel comum para realização encontros	Desenvolvimento de atitudes mais ativas nos relacionamentos e diversos segmentos da sociedade
6	Operativo	Enfermeiro	Alunos	Escola de Enfermagem	Ensino

O grupo de tipo operativo mencionado em três artigos tem como objetivo as aprendizagens adquiridas através da expressão vivencial dos utentes sobre as dificuldades na gestão da doença e tratamento. A sua aplicação é extensa e abrangente, pode ser utilizada no domínio dos campos de ensino/aprendizagem, institucionais, comunitários e terapêuticos. Neste estudo foram realizados dois grupos operativos no campo terapêutico e um no campo ensino/aprendizagem, como técnica para trabalhar com pequenos grupos de estudantes. Isto permite uma reflexão crítica nas aprendizagens de forma a incorporar os estudantes/pacientes como sujeitos críticos e criativos, capazes de transformar a prática/quotidiano.

O grupo de auto-ajuda consiste em grupos que se formam espontaneamente com pessoas que se sentem identificadas por características semelhantes entre si. São coordenados pelos seus membros e estão organizados em torno de experiências comuns. Podem ou não receber consultoria de um facilitador na área ou de um enfermeiro. Permitem o desenvolvimento de atitudes mais ativas no relacionamento com as pessoas e diversos contextos da sociedade.

Quanto ao grupo realizado em sala de espera, geralmente é criado para preencher o tempo das pessoas com a realização de uma atividade produtiva. O artigo menciona que foi feita a opção de criar um grupo de espera para a psicoterapia realizada numa instituição. Tem como objetivo discutir pontos importantes no contexto familiar. Constatou-se que o grupo em sala de espera possibilita uma maior disponibilidade para o trabalho em grupo, capaz de responder aos objetivos propostos e possibilita novas formas de pensar o trabalho institucional.

Na análise dos seis artigos selecionados conclui-se que a maioria dos grupos na área da psiquiatria são realizados com os pacientes e que é importante investir mais na participação da família, no sentido de lhe dar apoio e suporte no manejo com o seu familiar doente. Na sua maioria os objetivos dos grupos visam trabalhar com os participantes as situações emocionais vivenciadas pelos mesmos na adoção de estratégias eficazes para lidar com os problemas. Verifica-se que o enfermeiro surge como coordenador em cinco dos estudos e que num deles o enfermeiro também poderá ser o interveniente enquanto facilitador na mediação do grupo. Os autores consideram que são necessários conhecimentos sobre a dinâmica dos grupos por parte dos enfermeiros para aquisição de melhores competências nesta intervenção, e que o seu contributo nesta área é importante na conquista do seu espaço enquanto profissão. Os autores também verificaram que existem poucas pesquisas publicadas sobre esta temática e que a utilização deste recurso por enfermeiros na área da psiquiatria e saúde mental é essencial para a qualidade dos cuidados às pessoas com doença mental e seus familiares.

Também num estudo realizado por Souza *et al* (2004) a partir de um grupo terapêutico constituído por 18 mulheres com o diagnóstico de transtornos neuróticos e distúrbios somatoformes sem uso de psicofármacos, com idades maior ou igual a 21 anos, com sessões semanais durante 4 meses, concluiu-se que: a realização de grupos terapêuticos é um empreendimento complexo e valioso pelos

bons resultados que traz aos utentes e pelo crescente amadurecimento humano e teórico que proporciona aos profissionais; Com o aumento do número de serviços primários e terciários em saúde mental, a abordagem em grupo é considerada um dos principais recursos terapêuticos; Na terapia de grupo, a exposição de experiências ou dificuldades ocorrerá diante de várias pessoas que de início são desconhecidas. Isto pode tornar difícil esta partilha nas primeiras sessões, o que pode levar a abandonos; É importante que a coordenação do grupo terapêutico seja realizada por 2 profissionais, sendo que um dos mesmos tem o papel de observador enquanto que o outro coordena a sessão; O profissional que coordena a sessão tem a segurança de contar com intervenções oportunas por parte do observador para reforçar a sua ação.

Existem vários mecanismos que procuram compreender o efeito terapêutico da psicoeducação. Podem ser a experiência em grupo, o próprio material educacional, algum outro efeito psicoterapêutico não específico, ou como mais provável a combinação dos três. Na evidência atual, é notável que as intervenções em grupo são mais eficazes que as intervenções familiares e individuais isoladamente. Também existe evidência que esta intervenção aumenta a adesão à medicação (Colom *et al* 2003) e que os pacientes que já têm boa adesão à medicação também podem beneficiar noutros aspetos, relatando esta intervenção como eficaz. Esta pode também aumentar o autoconhecimento, maior reconhecimento dos sintomas prodrômicos, mudança no estilo de vida, redução do abuso no consumo de substâncias (álcool e drogas), regularização das rotinas, aumento das competências individuais na resolução de estratégias, aumento das relações familiares, cuidadores e profissionais (Smith *et al* 2010).

Em Portugal, a aplicação dos princípios que estiveram na base dos modelos de gestão da doença, deu origem ao modelo experimental de Gestão Integrada da Doença, que incorpora a gestão clínica da doença, centrada no doente, com especial relevo na sua autogestão e clarificação das melhores práticas profissionais, visando a sua uniformização. Este modelo visa a obtenção de uma intervenção precisa, através da mobilização de recursos adequados, que permitam uma melhoria do estado de saúde, da qualidade de vida e do bem-estar global dos doentes (Escoval *et al*, 2010).

### 3. MÉTODOS E TÉCNICAS

O objetivo deste trabalho visa compreender as potencialidades da psicoeducação nos processos de suporte às pessoas com doença mental grave, enquanto estratégia de intervenção terapêutica. Isto vem de encontro à procura dos melhores cuidados de saúde à pessoa com doença mental no âmbito das boas práticas, feita através da análise de uma prática reflexiva. Assim, segundo Quinlan *in* Levin e Feldman (2006), as intervenções centradas em melhorar os processos específicos dos cuidados de enfermagem medidos por resultados positivos, devem idealmente ser baseadas em evidências. A capacidade de acesso, a implementação e a medição dos efeitos de uma intervenção baseada em evidências é fundamental para qualquer modelo de melhoria de desempenho.

O método de pesquisa utilizado neste trabalho enquadra-se num estudo de caso com base numa abordagem qualitativa. Tal como refere Ventura (2007), a utilização do estudo de caso como metodologia de investigação irá permitir a aquisição de conhecimentos do fenómeno estudado, a partir da exploração intensa de um caso particular, neste caso o programa psicoeducativo desenvolvido numa equipa comunitária de saúde mental e psiquiatria. Para Meirinhos e Osório (2010), o estudo de caso baseia-se num desenho metodológico rigoroso, partindo de um problema iniciado com questões de partida e onde são claros os objetivos e o enquadramento teórico da investigação. Terão de se identificar as unidades de análise e desenhar os instrumentos de recolha da informação. É necessário o registo e classificação da informação a partir das fontes de evidência, e por fim, filtrar criticamente a problemática estudada com os elementos conceptuais teóricos que fundamentam o estudo.

Os instrumentos metodológicos utilizados na recolha da informação basearam-se numa exaustiva revisão da literatura, na análise documental dos documentos produzidos no serviço para fundamentar o projeto, na observação participante e nas entrevistas, de forma a favorecer uma análise teórica conceptual sustentada no constructo deste estudo. Também a aplicação de entrevistas aos utentes que participaram no programa em estudo permitiram desenvolver a análise de conteúdo para a sistematização dos resultados obtidos.

Salienta-se a observação participante do investigador ao longo da pesquisa, em que este foi parte integrante no campo de observação. Tal como refere Rodríguez *et al* (1999) e Yin (2015), a observação participante é um dos procedimentos de observação mais utilizados na investigação qualitativa. Esta é um modo especial de observação, em que o investigador não é meramente um observador passivo, mas pode assumir uma variedade de papéis no estudo de caso, podendo mesmo participar em acontecimentos a serem estudados, o que acontece nesta investigação pois o investigador fez parte da implementação do programa em estudo.

Uma das fontes mais importantes de recolha de informação para o estudo de caso é a entrevista. Apesar de existir uma linha de investigação consistente, as entrevistas decorrem de conversas guiadas e não demasiado estruturadas, ou seja, a verdadeira corrente de questões na entrevista de estudo de caso deve ser fluida e não rígida (Rubin e Rubin, 2005).

Por isso, as entrevistas utilizadas foram compreensivas e semi-estruturadas o que permite maior flexibilidade para colocar as perguntas no momento mais apropriado conforme as respostas do entrevistado, tal como referem Meirinhos e Osório (2010). Ainda segundo Carvalho e Carvalho (2006) este tipo de entrevista permite a possibilidade de conseguir informações complementares mais precisas e explicativas por um lado, e por outro, a possibilidade de se poder avaliar atitudes e reações dos entrevistados, disponibilizando assim uma abordagem mais holística.

Para Kaufmann (2011), a entrevista enquanto suporte de exploração é um instrumento flexível nas mãos de um pesquisador atraído pela riqueza do material que está descobrindo. Na entrevista compreensiva, o entrevistador está ativamente envolvido nas questões, para provocar o envolvimento do entrevistado. Durante a análise de conteúdo, a interpretação do material não é evitada, mas ao contrário, constitui o elemento decisivo.

As entrevistas foram curtas com duração de cerca de 30 a 60 min, com registo áudio. Esta forma de registo fornece uma interpretação mais precisa de qualquer entrevista do que fazer anotações (Yin, 2015). Para o desenvolvimento das entrevistas foi elaborado um guião que serviu para direccionar as narrativas dos participantes, de acordo com a finalidade do estudo. As entrevistas estiveram centradas em 3 objetivos centrais que foram: mobilizar os utentes na participação do estudo; analisar a

contribuição do programa no que diz respeito à qualidade de vida e bem-estar dos utentes; compreender a psicoeducação como estratégia de intervenção em saúde mental comunitária (Apêndice V, tabela 6).

Foram salvaguardados os aspetos éticos dos participantes com a entrega do consentimento informado, livre e esclarecido para participação em investigação, de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo (anexo II). O documento foi assinado pelo investigador e participante e cada um ficou com um exemplar. Foi também solicitado o parecer da comissão de ética da instituição, o qual foi autorizado (anexo III).

Os participantes selecionados para integrarem a amostra do estudo foram as pessoas que estiveram presentes em todas as sessões do programa ou que faltaram apenas a uma sessão. Por isso, optou-se por escolher 3 pessoas por grupo no conjunto dos três grupos já realizados, entre Janeiro 2013 e Junho 2017. Foram entrevistados 9 utentes de acordo com a metodologia mencionada anteriormente.

Foi realizada uma análise de conteúdo de acordo com Bardin onde foram estruturadas as narrativas dos participantes por temas, domínios, categorias e sub categorias como nos mostram as tabelas 4 e 5 (Apêndice IV). A análise de conteúdo decorrente das entrevistas realizadas “é utilizada como um instrumento de diagnóstico, de modo a que se possam levar a cabo inferências específicas ou interpretações causais sobre um dado aspeto da orientação comportamental do locutor” (George *in* Pool, I.S, 1959). Esta metodologia assenta num processo de categorização que permite a passagem de dados em bruto a dados organizados (Bardin, 2007), importantes para as inferências finais do estudo, tendo em conta o objetivo inicial do mesmo que visa analisar a contribuição deste programa para a qualidade de vida e bem-estar dos utentes.

## **4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS**

### **4.1. Caracterização do programa**

Uma equipa comunitária de saúde mental elaborou um programa tendo em vista melhorar os cuidados à pessoa com doença mental. A intervenção estruturada em grupo, pelos seus benefícios, permitiu alargar a psicoeducação já realizada individualmente. O seu objetivo central é capacitar a pessoa a gerir a sua doença e ajudá-la a recuperar a sua funcionalidade e o seu projeto de vida adaptado ao seu contexto biopsicossocial.

Em 2012 o projeto foi apresentado ao serviço pelas enfermeiras da equipa que iriam coordenar o programa, e submetido posteriormente à direção de enfermagem da instituição. Para isso, foi realizada uma revisão bibliográfica sobre o tema e descritos os objetivos e a estrutura do programa a implementar. A aceitação e colaboração por parte da equipa multidisciplinar foi um aspeto fundamental para o surgimento desta intervenção na comunidade. Foram até agora realizados 3 grupos psicoeducativos: o 1º grupo decorreu entre Janeiro e Junho de 2013; o 2º grupo decorreu entre Outubro de 2014 e Março 2015; o 3º grupo decorreu entre Fevereiro a Junho de 2017.

#### **Objetivos do programa**

Os objetivos propostos para o programa psicoeducativo eram:

- Proporcionar uma maior proximidade do utente com a equipa;
- Ajudar os utentes a estabelecerem objetivos pessoais significativos;
- Disponibilizar informação acerca da doença mental, opções de tratamento e acesso aos recursos necessários;
- Promover a aquisição de competências para reduzir as recaídas, lidar com o *stress* e gerir sintomas;
- Auxiliar os utentes no desenvolvimento ou melhoria dos seus suportes naturais para lidar com a doença e prosseguir com os seus objetivos.

## **Estratégias**

As estratégias utilizadas com os utentes no desenvolvimento do programa estiveram centradas em disponibilizar espaço para os utentes poderem verbalizar as suas experiências, promover a partilha e comunicação entre os elementos do grupo, fornecer suporte emocional, dar reforços positivos na gestão adequada das dificuldades e treino na resolução de problemas. Para cada sessão foram utilizadas dinâmicas e perguntas chave para a moderação dos temas. Na primeira sessão utilizou-se a técnica do quebra-gelo em que os participantes fizeram a sua apresentação através da escolha de uma imagem que lhes fosse significativa. Nas restantes sessões foram colocadas questões gerais relativamente a cada tema para facilitar a verbalização das experiências e mediar o diálogo entre os participantes (Apêndice I, tabela 1).

Estas estratégias vão de encontro ao que está descrito na literatura para as sessões psicoeducativas e que estão principalmente relacionadas com o ensino sobre estratégias eficazes para a resolução de problemas e gestão dos sintomas, suporte informativo acerca da doença e sintomas, treino de competências relativamente à gestão do quotidiano (McFarlane *et al*, 2003). O suporte informativo através de panfletos e brochuras foi importante na consolidação da informação. Está também mencionado na literatura que a utilização de brochuras, literatura acessível, filmes, entre outros é essencial e que através desse material o paciente pode aprender acerca do funcionamento da sua patologia, de forma a conseguir identificar comportamentos e pensamentos distorcidos/disfuncionais que resultam em sofrimento (Basco e Rush, 2005).

As duas enfermeiras da equipa coordenam as reuniões. Alternadamente uma coordena as sessões enquanto outra tem o papel de observadora e anota os registos das intervenções dos participantes que considera mais relevantes em cada sessão. Podem ser contemplados nos registos os conhecimentos pré existentes dos utentes, as suas capacidades, competências, comportamentos e rotinas habituais e também as principais dificuldades/limitações acerca do tema apresentado. A literatura aponta que seja importante que a coordenação do grupo terapêutico seja realizada por 2 profissionais, sendo que um dos mesmos tem o papel de observador enquanto que o outro coordena a sessão; O profissional que coordena a sessão tem a segurança de contar com intervenções oportunas por parte do observador para reforçar a sua ação



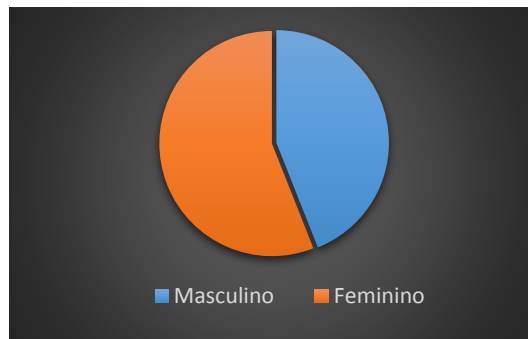
(Sousa *et al*, 2004). Foi também realizada durante 3 meses uma observação pelas enfermeiras na dinâmica de outros grupos psicoeducativos com objetivos sobreponíveis ao programa, numa equipa comunitária de saúde mental, de forma a poder melhorar a nossa intervenção.

### **Constituição dos grupos**

Procedeu-se a uma seleção de 7 participantes para o 1º grupo, 8 para o 2º e 10 participantes para o 3º grupo, de acordo com os critérios definidos para o programa e todos aceitaram participar no mesmo.

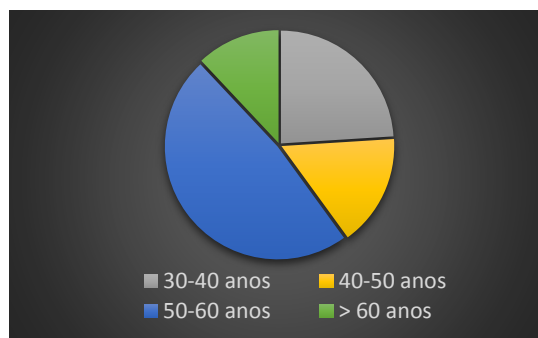
A homogeneidade dos participantes relativamente ao género foi um ponto a ter em consideração na constituição dos grupos, de forma a facilitar a dinamização das sessões e não haver constrangimentos na comunicação entre pares. Tal como se verifica no gráfico 1, houve apenas um ligeiro aumento no nº de participantes do sexo feminino em relação ao masculino.

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes dos 3 grupos por género



As faixas etárias situam-se em maior nº entre os 50-60 anos de idade, seguida da faixa etária entre os 30-40 anos (gráfico 2). Isto pode dever-se ao facto de os utentes já estarem numa fase de maior estabilidade e aceitação da doença, e por isso aceitaram melhor participar no programa.

Gráfico 2 – Distribuição dos participantes dos 3 grupos por idade



Os utentes com critérios de inclusão para o programa têm o diagnóstico de doença bipolar e são seguidos na equipa comunitária. Devem ter características individuais que facilitem a boa integração no grupo e aceitem participar no programa. Não se incluem utentes com quadros orgânicos que impeçam a deslocação às reuniões, que tenham dificuldade na linguagem/fala, com défices intelectuais e com descompensação clínica. Os utentes selecionados foram referenciados para o programa pelos vários elementos da equipa multidisciplinar, tendo em conta os objetivos e critérios de seleção do mesmo.

### **Temas**

Os temas foram escolhidos de acordo com as dimensões do quotidiano mais relevantes para o equilíbrio e bem-estar dos participantes, assim como pela experiência realizada individualmente nas intervenções psicoeducativas. Assim, os temas abordados são: gestão do quotidiano; higiene do sono; adesão ao tratamento; lidar com os problemas e sintomas; suporte familiar/pessoas significativas; estigma. Este último tema foi introduzido no 2º grupo, tendo em conta várias referências a este assunto ao longo das sessões.

### **Duração das sessões**

Foram realizadas 7 sessões com periodicidade sempre que possível quinzenal em que a duração do programa foi cerca de 3 a 6 meses. O tempo de cada sessão varia entre 45 a 60 min.

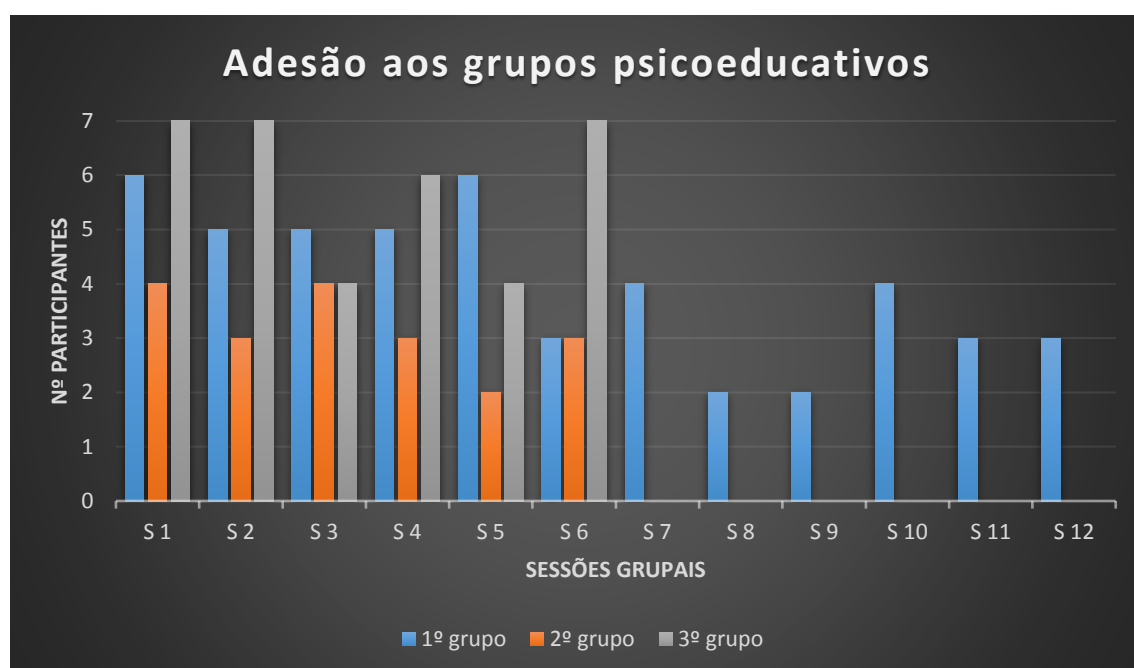
Na revisão da literatura mencionada anteriormente, a duração dos programas está de acordo com os objetivos definidos e variam entre 2 e 9 meses em doentes com o diagnóstico de depressão e doença bipolar (Dowrick *et al*, 2000; Miklowitz *et al*

2003 citados por Lukens e MacFarlane, 2004), 4 meses em mulheres com o diagnóstico de transtornos neuróticos e distúrbios somatoformes sem uso de psicofármacos (Souza *et al*, 2004). A associação Americana de Psiquiatria recomenda a duração dos programas com pelo menos 9 meses a pessoas com o diagnóstico de esquizofrenia e suas famílias, com notáveis resultados positivos em 25 estudos independentes (Dixon *et al*, 2001; McFarlane *et al*, 2003). Por isto, considera-se que a duração do programa deve manter-se entre os 3 e 6 meses.

### **Adesão**

A adesão dos participantes ao longo do programa foi um dos maiores constrangimentos, o que dificultou o manejo dos grupos, uma vez que com menos elementos presentes houve também menos partilha entre os pares. Os fatores que contribuíram para a reduzida participação dos utentes estiveram relacionados com a dificuldade na integração do grupo, o que fez com que algumas pessoas desistissem precocemente do programa. Outros não estavam totalmente compensados clinicamente e manifestaram sintomas que não permitiram a sua permanência nas reuniões. Também a atividade laboral ou constrangimentos pessoais de alguns utentes dificultaram a sua adesão.

Gráfico 3- Distribuição dos participantes pelas sessões grupais



Notas: S = sessão; sessões 7 a 12 realizadas apenas no 1º grupo

No 1º grupo foram previstas 2 sessões por tema, ou seja, ao fim dos 3 meses repetiram-se os mesmos temas com o objetivo de uma maior consolidação dos conteúdos e compreensão das temáticas. No entanto, houve um decréscimo na adesão dos participantes ao fim desse tempo, em que o programa se prolongou durante 6 meses neste 1º grupo (gráfico 3).

A repetição dos mesmos temas no 1º grupo poderá ter sido excessiva e desmotivado os participantes na adesão ao programa. Por este facto houve necessidade de não haver repetição dos temas nos grupos seguintes. No 3º grupo a adesão foi maior pois o nº de referências foi mais elevado e mais criterioso no sentido de os utentes referenciados se encontrarem numa fase de maior estabilidade e aceitação da doença, e responderem melhor aos critérios de inclusão definidos para o programa. Consideramos que o nº mínimo de participantes referenciados para o programa deve ser de 10 pessoas, tendo em conta as possíveis desistências. O maior nº de utentes presentes nas sessões contribuiu para uma maior dinâmica nas interações e maior riqueza na partilha de experiências.

### **Instrumentos de avaliação**

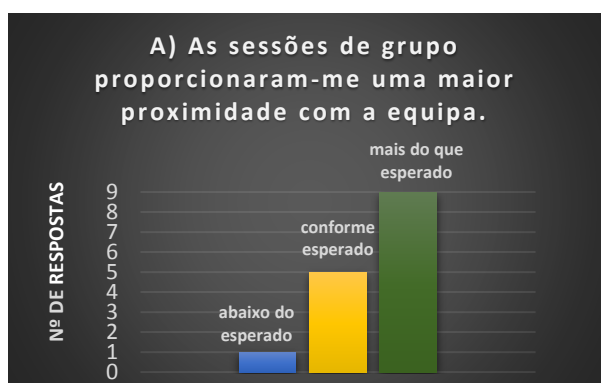
No final de cada programa foi aplicado um questionário de satisfação aos participantes, de acordo com os objetivos propostos para o programa (Apêndice II), com a finalidade de compreender a sua satisfação relativamente ao mesmo. O questionário foi elaborado pelas enfermeiras que coordenam o programa. É de auto preenchimento e foi feita a sua aplicação ao 1º e 3º grupos, num total de 15 utentes, tendo em conta duas desistências no universo de 17 participantes. É constituído por seis questões de respostas múltiplas e duas perguntas abertas. Estas dizem respeito a propostas de temas em futuras sessões e qual a apreciação dos participantes relativamente ao manejo do programa por parte dos profissionais. Pela reduzida adesão dos participantes no 2º grupo não foi aplicado o questionário de satisfação.

No 3º grupo foi aplicado o instrumento da escala da qualidade de vida da OMS para avaliar a forma como a pessoa percebe a sua qualidade de vida antes e após o programa. Esta decisão prende-se com o facto dos objetivos propostos para o programa estarem intimamente relacionados com as várias dimensões mencionadas na escala (WHOQOL Bref) para a avaliação da qualidade de vida dos participantes (Anexo I, tabela 6).

## 4.2. Avaliação da satisfação e qualidade de vida dos participantes no programa

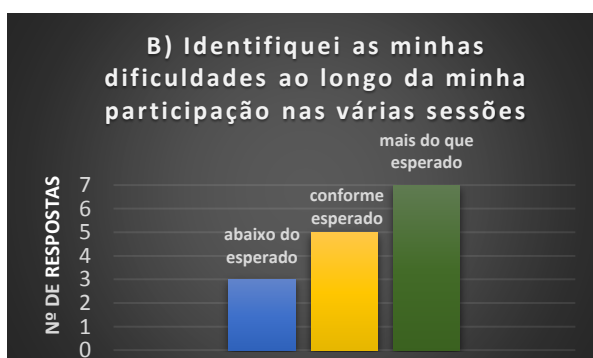
Quanto à avaliação da satisfação dos participantes relativamente ao programa, globalmente verifica-se que as sessões superaram as expectativas dos mesmos. No que se refere à proximidade com a equipa de tratamento (gráfico 4), a importância em estreitar as relações com os profissionais é fundamental no sentido de favorecer a confiança mútua para que a aliança terapêutica seja efetiva. Desta forma, isto possibilita que a adesão ao tratamento faça parte do quotidiano em estreita ligação com a funcionalidade da pessoa, de forma a promover o seu equilíbrio e bem-estar.

Gráfico 4- Avaliação da proximidade com a equipa



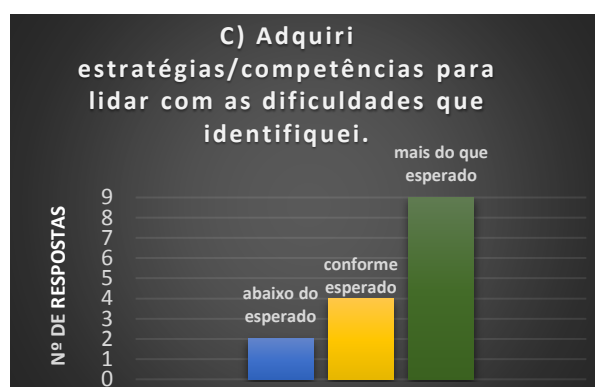
A identificação das dificuldades (gráfico 5) ao longo do programa permitiu uma reflexão crítica dos participantes sobre o seu problema. A partilha das mesmas com o grupo facilitou o reconhecimento de soluções de forma a ultrapassar as adversidades sentidas na gestão da doença.

Gráfico 5- Avaliação da identificação das dificuldades ao longo das sessões



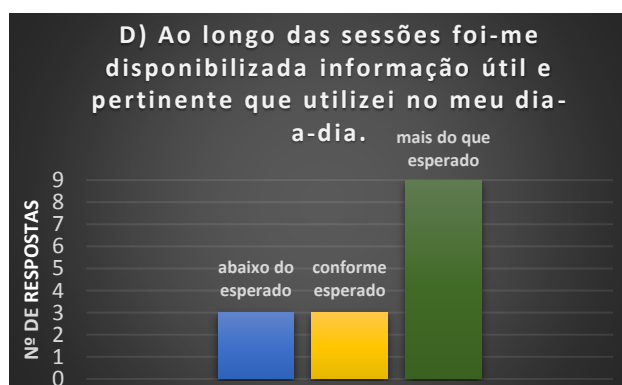
De fato, a identificação de estratégias para lidar com as dificuldades esteve presente através da partilha com o grupo (gráfico 6). A partilha de outras experiências em situações semelhantes permitiu a aquisição de ferramentas importantes na gestão das dificuldades.

Gráfico 6- Avaliação da aquisição de estratégias para lidar com as dificuldades



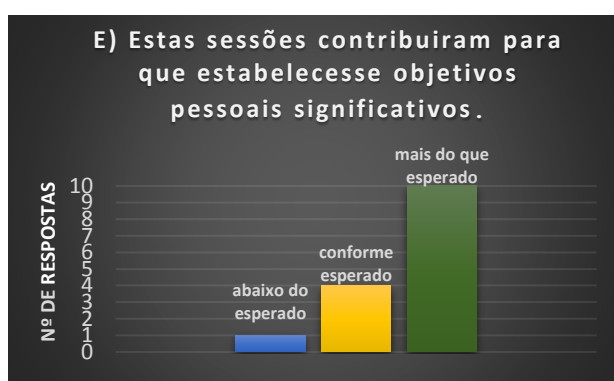
É essencial que as pessoas sejam informadas acerca da sua doença e do tratamento. O melhor conhecimento da doença possibilita uma maior compreensão acerca do problema e a sua aceitação é facilitada. Estar informado dá oportunidade às pessoas de pensarem e refletirem acerca do seu problema e de se tornarem mais conscientes e autónomas na decisão das suas escolhas. Os participantes referiram portanto que lhes foi dada informação útil e pertinente para a gestão do seu quotidiano (gráfico 7).

Gráfico 7- Avaliação da informação disponibilizada nas sessões



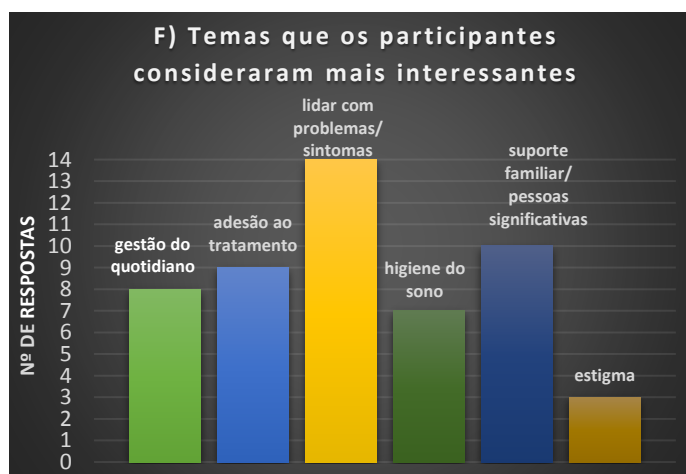
No decorrer de todo este processo relacionado com a identificação e aquisição de estratégias para lidar com as dificuldades e com a informação útil disponibilizada na gestão do dia-a-dia, os participantes conseguiram estabelecer objetivos pessoais significativos (gráfico8). Estes objetivos permitiram motivá-los em prosseguir com a sua vida, capacitando-os na concretização de tarefas que até então eram dificilmente ultrapassadas.

Gráfico 8 – Avaliação do estabelecimento de objetivos pessoais significativos ao longo das sessões



Os temas que os participantes consideraram mais interessantes foram em primeiro lugar lidar com os problemas/sintomas e em segundo lugar o suporte familiar /PS (gráfico 9).

Gráfico 9- Avaliação dos temas que consideraram mais importantes



Nota: o tema estigma é só referente ao 3º grupo

Nas perguntas abertas, as respostas que dizem respeito à questão sobre a sugestão de temas em futuras sessões, foi mencionado a possibilidade de um membro da família/PS poder participar numa sessão e também abordar um tema sobre a sexualidade. Isto está de acordo com os temas considerados mais interessantes.

Relativamente à questão acerca da apreciação da equipa de tratamento no manejo do programa foi mencionada a capacidade de escuta e disponibilidade, o apoio e a proximidade.

A análise dos resultados referentes à aplicação da escala da qualidade de vida pelos participantes não revelou resultados significativos, tendo em conta as limitações do estudo. Constata-se a reduzida amostra e a existência de viéses nos resultados apresentados relacionados com a falta de respostas de alguns participantes a questões no preenchimento da escala. Conclui-se que 5 dos 7 participantes aumentou o valor relativamente à média dos 4 domínios (físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente) no fim do programa (Apêndice III, tabela 2); 2 participantes aumentaram a perceção da qualidade de vida e a perceção da satisfação com a saúde no final do programa (Apêndice III, tabela 3).

#### **4.3. Análise do discurso dos participantes**

A partir dos discursos dos participantes os dados foram organizados em torno de 2 temas: a avaliação do grupo psicoeducativo propriamente dito e a gestão do quotidiano que inclui a dimensão do bem-estar. Esta dimensão pretende estar integrada em todos os domínios da vida quotidiana e nela estão incluídos vários aspetos que favorecem o equilíbrio e a satisfação pessoal dos participantes. A boa relação com os familiares, a concretização das tarefas diárias, os objetivos cumpridos, as relações sociais fortalecidas, a correta gestão da doença, a adequada adesão ao tratamento, são alguns dos aspetos identificados como fatores promotores de prazer e bem-estar. Isto vem de encontro ao propósito mencionado no início deste trabalho que é perceber como é que o programa psicoeducativo contribui para a qualidade de vida e bem-estar dos utentes.

Os participantes referem-se espontaneamente à importância do seu bem-estar nas suas narrativas considerando a adoção de estratégias pessoais no seu quotidiano importantes para o efeito. Procuram ter pensamentos positivos, ter um tempo para si,



sentir prazer em estar com os outros e ter um bom ambiente familiar. Referem “eu procuro ter uma atitude pacífica para evitar o conflito na família”(Vera), ou “estar bem é gostar de estar com os outros...é sentir muito amor, muito carinho, sentir que esse amor é devolvido e retribuído pela minha família...eu acho que o essencial na vida é sentir amor...”(Helena). Os participantes também consideram o tratamento como um fator de equilíbrio e bem-estar, referindo “...eu faço o tratamento de boa vontade porque também me preocupo com o meu bem-estar” (Carlos), ou “quando levo a injeção fico bem...traz-me paz de espírito e fico mais alegre”(Joaquim), ou “neste momento sinto-me tranquila, sinto-me em paz e sinto-me confiante” (Ana). Complemento estas palavras com os autores Canavarro e Serra (2010) que mencionam não ser possível compreender a felicidade e o bem-estar das pessoas sem ouvirmos as suas informações, tendo em conta a importância da sua opinião sobre o modo como se sente.

### **Gerir o quotidiano**

Relativamente à gestão do quotidiano os participantes sublinharam um conjunto de aspetos onde se destaca a relação com a família, a relação que estabelecem consigo próprios, a importância da participação em grupos estruturados e a relação que mantêm com a doença. Estes são os 4 domínios principais analisados como variáveis importantes na gestão do seu quotidiano e que influenciam o seu bem-estar.

#### **1. Relação com a família /PS**

Os participantes realçam a relação com a família como uma das dimensões mais significativas, repleta de emotividade. O que mais desagrada as pessoas na relação com a família tem um maior impacto em relação aos aspetos gratificantes na relação com esta, pois é aqui que residem as suas maiores dificuldades. Os participantes sentem-se de uma maneira geral estigmatizados e incompreendidos pela sua família. Referem falta de apoio emocional e são ameaçados com o internamento, afirmando com tristeza e angústia “eles estão sempre a dizer que me mandam para uma casa de saúde e que eu não sou capaz de fazer as coisas mas isso não é verdade” (Helena), ou “sinto-me rejeitado...”(Manuel). Por isso, tal como foi mencionado na análise dos grupos psicoeducativos já realizados, alguns participantes

sugerem uma sessão em que esteja presente o familiar e/ou pessoa significativa para que haja maior informação sobre a melhor gestão da condição clínica do seu familiar. Isto vem de encontro ao que já foi mencionado por McFarlane *et al* (2003), em que as intervenções psicoeducativas visam favorecer *outcomes* positivos tanto para a pessoa com doença como para os familiares, isto é, uma maior funcionalidade, qualidade de vida e bem-estar. Os aspetos gratificantes na relação com a família foram também valorizados, em que o desejo de maior convívio e diálogo foi assinalado. O apoio incondicional das pessoas mais próximas também foi destacado. Referem “eu tento sempre pôr em primeiro lugar o bem-estar das minhas filhas...”(Vera); “tenho uma amiga de longa data com quem falo tudo...”(Vera).

## **2. Relação consigo próprio**

No que diz respeito à relação consigo no dia-a-dia os participantes mostram preocupações com dificuldades na gestão da sua autonomia e estão dependentes da família. Por outro lado têm medo de perder as suas referências e a sua capacidade funcional. As suas limitações fazem-nos sentir-se tristes e incompreendidos. Referem “tenho medo que um dia os meus pais falem...às vezes penso... se a minha mãe não estivesse aqui comigo seria um problema” (Isabel) Tal como refere Authier (1977), a maneira mais efetiva de auxiliar as pessoas é ensiná-las a ajudarem-se, permitindo consciencialização e autonomia, através da psicoeducação. No entanto, adotam estratégias para ultrapassar as dificuldades, referindo-se à importância de um tempo para si para a promoção do bem-estar. Também a importância dos pensamentos positivos para levantar a moral, conseguir adaptar-se a novas situações, sentir-se bem na presença dos outros que também partilham as mesmas dificuldades foi mencionado. Dizem “as pessoas no grupo tinham maiores dificuldades na vida e mais graves do que eu e davam a volta por cima...isso foi um estímulo para seguir em frente...tenho que pensar em não me agarrar às dificuldades” (Carlos). O amor e carinho são sentimentos retratados como um trampolim para conseguir atingir os objetivos e ultrapassar os obstáculos do quotidiano. De acordo com a literatura, a psicoeducação permite que as pessoas possam ter consciência e preparação para lidar com as mudanças a partir de estratégias de enfrentamento, fortalecimento da comunicação e da adaptação (Bhattacharjee *et al* 2011).

### **3. Participação em grupos estruturados**

As várias estruturas hospitalares e recursos da comunidade tais como fóruns socio-ocupacionais e hospital de dia são essenciais na aquisição e promoção de competências pessoais que permitem a reabilitação e realização pessoal do indivíduo. De fato estes contextos são considerados benéficos para o aumento da moral e auto-estima através da interação social e partilha de experiências e sentimentos. Os participantes referem-se aos seus benefícios da seguinte forma “sozinhos não fazemos as coisas tão bem...é preciso partilhar ideias, emoções, projetos...”(Joaquim). Verifica-se ainda que estes projetos terapêuticos permitem ajudar na gestão das dificuldades e do tratamento “o hospital de dia ajuda-me no controlo da medicação...” (Alexandra). Lebon (1997) vem reforçar estes aspetos quando se refere ao grupo como um lugar de encontro que se pode tornar um lugar de encontro significativo, prevenindo o isolamento e promovendo a interação social.

### **4. Relação com a doença**

Os participantes pronunciaram-se relativamente ao manejo na adesão à medicação e no controlo dos sintomas. Também foram mencionados fatores positivos na relação com a doença, considerados essenciais para a sua estabilização. Referem-se ao tratamento como uma peça fundamental para a estabilidade e o bem-estar, o que permite prevenir os sintomas e internamentos, ajudar no autocontrolo: “a adesão à medicação não é uma obrigação mas sim uma peça fundamental na nossa vida, já faz parte do quotidiano” (Vera); “a toma da medicação ajuda-me a não ser tão excessivo e a não extravasar...”(Manuel). No entanto os efeitos secundários dificultam a gestão do quotidiano e a adesão ao tratamento, por isso é essencial o ajuste e a adequação da medicação para a sua eficácia e maior bem-estar. Afirmam que a aceitação da doença é uma condição essencial para que todo este processo aconteça. Isto vai de encontro ao que Bartimann *et al* citado por Santos (2010) mencionam relativamente à importância de encorajar as pessoas a alcançar o maior nível possível de bem-estar vivendo uma vida saudável, com o objetivo de prevenir, promover a prevenção das doenças e melhorar a qualidade de vida. O estigma foi um aspeto que foi mencionado frequentemente e que cria obstáculos na relação com as pessoas. Os participantes referem “é de evitar falar sobre o problema a toda a gente...depois falam

de nós de forma pejorativa e não construtiva...criticam-nos e não nos compreendem”(Carlos).

Os fatores positivos encontrados na gestão da doença foram: as crenças espirituais, o apoio incondicional da família/PS e da equipa de tratamento, a tranquilidade e a paz de espírito. Para melhor compreensão deste aspeto, a literatura assinala que os processos causais subjacentes à estrutura do conceito de bem-estar se podem dividir em três componentes principais, afetivos e cognitivos, independentes entre si: o afeto positivo, o afeto negativo e a satisfação. O afeto positivo e negativo avaliam o componente afetivo do bem-estar subjetivo e refletem a quantidade de sentimentos agradáveis e desagradáveis que as pessoas experimentam nas suas vidas (Schimmack, 2008).

### **Grupo psicoeducativo**

Relativamente ao programa psicoeducativo, os participantes consideraram que beneficiaram de aprendizagens significativas relacionadas com o suporte por parte do grupo e profissionais, com a experiência na interação com o grupo. Isto sugere-nos a manifestação de uma experiência transformadora de si próprio em cada pessoa. Portanto, os dois domínios analisados referentes ao programa psicoeducativo são: as aprendizagens significativas e a apreciação global do programa.

#### **1. Aprendizagens significativas**

Os participantes manifestaram sentir-se acompanhados e compreendidos ao longo do programa e que a participação no mesmo permitiu a troca de experiências sobre as dificuldades do quotidiano e reduziu o isolamento. O fato de poderem partilhar as suas experiências com outras pessoas que têm problemas semelhantes fez com que se sentissem menos rotulados. Referem “senti que havia pessoas com problemas parecidos com o meu que estavam a ouvir com interesse...senti-me menos rotulada” (Helena), ou “discutem-se aqui coisas que no dia-a-dia não falamos nem com pessoas de família”(Berta). Esta interação permitiu alargar a rede social e promover o desenvolvimento de competências pessoais importantes para melhorar a gestão da doença, obter maior estímulo e incentivo para prosseguir com as atividades do quotidiano e enfrentar os problemas, e também para lidar melhor com os outros. Dizem “as outras colegas que vinham incentivaram-me a realizar as tarefas de casa

com a ajuda das suas experiências” (Alexandra), ou “com o programa fiquei a saber como gerir a doença...” (Joaquim). Estes resultados vão de encontro ao que foi mencionado por vários autores tais como Spadini e Souza (2006), Santos (2010), Lebon (1997) relativamente às vantagens da intervenção em grupo. Para Lebon (1997), o grupo permite o autoconhecimento através do que os sujeitos são aos olhos dos outros e o que os outros são para eles. Pode-se falar de um funcionamento em espelho. Refere ainda que os membros do grupo aprendem a gerir o quotidiano com a partilha em comum, em que a vida coletiva pode criar condições de escuta e empatia mútuas que favorecem os desejos de expressão de cada um. Spadini e Souza (2006) também referem que os grupos proporcionam oportunidades para o enfrentamento dos medos, das angústias e culpas e dos conflitos presentes no quotidiano do homem, favorecendo também o autoconhecimento. Também Santos (2010) aponta para a importância do ensino em grupo permitir a identificação com cada membro do grupo, ganhando assim suporte moral e coragem.

Estes resultados positivos permitiram aos participantes tomar consciência de si e identificarem em si transformações significativas, tais como conseguirem descentrar-se das dificuldades, pensar com maior clareza, perceber melhor a realidade envolvente, identificarem as suas fragilidades e limitações, o terem conseguido falar abertamente sobre o seu problema e concretizar efetivamente as tarefas do quotidiano. A distância entre o pensar e o agir torna-se mais pequena e menos complexa e a satisfação pessoal surge quando a tarefa é finalmente conseguida. Segundo Bloch (1996) citado por Chalifour (2009), isto significa favorecer a melhor adaptação psicológica e social da pessoa, restaurando e reforçando a suas habilidades para enfrentar os desafios do quotidiano, e também tornar a pessoa consciente da realidade e das suas condições de vida, ou seja dos seus limites e dos do seu tratamento.

Verifica-se que as aprendizagens significativas decorrentes do programa também promoveram situações de bem-estar nos participantes, tais como “depois de ter estado no grupo estou com mais agilidade e sinto-me mais apta para resolver as dificuldades”(Ana), ou “antes de frequentar as reuniões estava atrofiada em relação aos pensamentos, hoje penso com clareza”(Alexandra), ainda “o programa ajuda-me a ver melhor as coisas...acho que me faz bem ver melhor as coisas” (Berta).

## **2. Apreciação global do programa**

Quanto à apreciação global do programa os participantes consideram que foi bem gerido e entregue. As reuniões foram esclarecedoras e construtivas e a duração do mesmo foi considerada adequada e suficiente. Foi referido como um programa de afetos em que a ligação afetiva entre as pessoas se destaca, o que favorece a partilha de emoções, a partilha da intimidade, a construção da confiança mútua e também de saberes. Referem “o que eu recordo do programa foram os afetos que houve aqui. É um programa de afetos que não serve só para falar sobre medicamentos” (Carlos). Tal como refere Carvalho e Carvalho (2006), a construção do conhecimento de cada indivíduo faz-se com base na afetividade. Isto implica que essa mesma construção vai depender das emoções que se estabelecerem entre as pessoas.

Os temas foram considerados relevantes e importantes para ajudar a clarificar determinados conceitos e ideias pré concebidas. Os mais retidos pelos participantes foram: o estigma, a gestão do quotidiano, a adesão ao tratamento e a higiene do sono. O recurso a dinâmicas de grupo na sessão do quebra-gelo com a utilização de recortes de imagens foi percebido como positivo, favorecendo o diálogo e a transmissão de ideias. A entrega de brochuras e folhetos ajudaram a melhorar a gestão do quotidiano através da sua leitura em casa e permitiu uma maior consolidação dos conteúdos abordados nas reuniões. Referem “os recortes de imagens ajudaram a falar sobre os temas...dão ideias às pessoas para falarem”(Ana), ou “os temas que debatemos contribuíram para o meu enriquecimento pessoal” (Berta). Tal como referem Basco e Rush (2005), educar o paciente por diversos meios tais como esclarecimentos, brochuras, literatura acessível, filmes, entre outros, torna-se fundamental pois é através destas informações que o paciente aprende acerca do funcionamento da sua patologia, conseguindo assim identificar comportamentos e pensamentos distorcidos/disfuncionais que resultam em sofrimento. Alguns autores chamam a atenção para que este modelo não pode ser aplicado de qualquer maneira, ou seja, deve haver um método sistemático com aplicação de testes e de técnicas específicas para averiguar qual o procedimento psicoeducativo que possibilita resultados positivos (Wood *et al*, 1999).

Quanto à perceção dos profissionais, os participantes destacaram a sua abertura e disponibilidade para falar sobre os problemas, a preocupação com o bem-estar das pessoas, tendo em conta as suas opiniões, intervenções e medos. Dizem

“os profissionais são pessoas muito preocupadas com o nosso bem-estar, com as nossas opiniões, com as nossas intervenções, com os nossos medos” (Helena). De facto, a literatura aponta para a importância na relação que se estabelece entre o profissional e a pessoa cuidada para que possa haver mudanças nos comportamentos. Tal como refere Carvalho e Carvalho (2006), a relação que se estabelece entre os educandos e entre estes e o educador é fundamental para o sucesso de qualquer programa educativo. Para complementar este entendimento, Lebon (1997) considera a psicoeducação como uma arte da relação e da ação educativa no compartilhar do quotidiano. Ainda segundo Queiroz (2011), os intervenientes neste processo não devem cingir-se apenas a serem divulgadores da informação; devem também ser genuínos dinamizadores da reflexão dos grupos e da comunidade, de forma a incentivá-los a interpretar o seu modo de vida e a refletir os seus contextos. Desta forma poderão identificar e mobilizar os recursos disponíveis para se manterem saudáveis. Foi também apontada a importância na mediação dos diálogos por parte dos profissionais entre os elementos do grupo, para todos terem oportunidade de se expressarem: “acho que os profissionais foram muito equilibrados e de um modo geral deixavam falar ou não consoante as pessoas se excediam ou não...senão há pessoas que monopolizam o grupo e os outros não falam” (Berta).

### **Sugestões**

Foram referidas algumas sugestões relativamente à estrutura do programa, tais como a introdução de um tema livre escolhido pelos membros do grupo, acrescentar um tema exclusivamente sobre a medicação, dar maior ênfase na gestão das relações entre as pessoas mais próximas, tendo sido sugerida a possibilidade de incluir numa sessão um familiar ou pessoa significativa. Também foi mencionado um maior cuidado na apresentação de um elemento que surja de novo no grupo que não tivesse estado presente em reuniões anteriores.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração e análise de um estudo de caso centrado num foco particular, neste caso um programa psicoeducativo realizado no meu local de trabalho, enriqueceu as minhas aprendizagens e irá contribuir com certeza para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa com doença mental.

Existe escassa literatura relativamente ao manejo e desenvolvimento de grupos psicoeducativos realizados por enfermeiros na área da saúde mental, por isso será importante continuar a desenvolver esta área. Proporcionar espaços aos profissionais de saúde e equipas multidisciplinares para poderem criar projetos consistentes e inovadores na reabilitação da pessoa com doença mental inserida na sua comunidade é essencial. A oportunidade de investigar a partir da experiência clínica possibilita tomar decisões clínicas competentes e baseadas na evidência, capazes de transformar a prática e valorizar a profissão.

Através da conjugação dos instrumentos metodológicos utilizados tais como a análise documental, a observação participante e as narrativas, foi possível responder aos objetivos propostos para este estudo. A articulação entre os diversos instrumentos vem reforçar a aquisição de maiores e melhores conhecimentos numa intervenção clínica que está em expansão e que pretende responder às melhores práticas na área da saúde mental. Uma das importantes limitações do estudo prende-se com a observação participante, em que o investigador é em simultâneo corresponsável pelo programa e também avaliador. Este fato poderá ter introduzido viéses na análise desenvolvida.

A realização deste trabalho permitiu repensar sobre o programa em curso, tendo em conta as sugestões dos participantes no estudo e os resultados apresentados a partir da análise crítica e reflexiva realizada. Por isso nos próximos programas a desenvolver será importante ter em conta que a seleção dos participantes deverá ser mais criteriosa e em maior número de modo a favorecer uma maior adesão, considerando um número mínimo de referenciações de 10 participantes. A dinâmica das sessões através de meios que possam favorecer a partilha de experiências, tais como a utilização de imagens na primeira sessão (quebra gelo) foi referenciado pelos utentes como importante e útil. Por isto, será benéfico alargar a utilização destas dinâmicas em mais sessões. A entrega de



panfletos/brochuras também serviu para consolidar a informação na gestão do dia-a-dia. Consta-se que a duração mínima do programa deverá manter-se entre os 3-6 meses, tendo em conta o número de sessões determinadas, podendo alargar-se até um período de 9 meses, de acordo com o descrito na literatura. Verifica-se que é benéfico para os utentes com doença mental grave terem um acompanhamento estruturado prolongado no tempo junto das suas áreas de residência, reforçando assim a proximidade às equipas de tratamento. Será importante incluir a introdução de novos temas de acordo com as necessidades pretendidas tais como um tema livre escolhido pelos elementos do grupo. A participação da família ou pessoa significativa na sessão referente ao suporte familiar é um aspeto a ter em consideração nos próximos programas, tendo em conta também a sugestão dos utentes.

A replicação do programa a outras equipas comunitárias está a ser pensada para um futuro próximo, com a elaboração de um manual de procedimentos do programa divulgado ao serviço. Isto vem de encontro ao ponto de partida inicial para este estudo em que um dos aspetos colocados foi a necessidade de estruturar e expandir a intervenção do enfermeiro de saúde mental na comunidade. Reforço mais uma vez a importância da aceitação e colaboração do serviço e equipa multidisciplinar na implementação e desenvolvimento do programa.

Quero realçar a satisfação e a vontade de todos os utentes em participar no estudo e o seu reconhecimento pela valorização das suas narrativas carregadas de emoções e sentimentos muito particulares em cada um deles. Também foi sentido o valor da sua contribuição na produção de conhecimento científico para a melhoria da sua saúde mental. Uma das partes mais importantes do estudo foi permitir explorar a compreensão da pessoa com doença mental através da sua narrativa.

Na análise das entrevistas foram identificadas dimensões que contribuem para a satisfação e realização pessoal dos participantes, o que permitiu compreender melhor a perceção da qualidade de vida e bem-estar dos mesmos. Isto responde a um dos objetivos centrais para este estudo que foi avaliar a contribuição do programa na qualidade de vida e bem-estar dos utentes. Verifica-se que, na generalidade, apesar de existir um relacionamento hostil com os familiares, a pessoa com doença mental grave depende de terceiros para a sua estabilidade. A grande maioria dos utentes não tem uma vida profissional ativa e vive com uma reforma de invalidez que não lhes permite sustentar-se autonomamente. Por isto, esta falta de apoio e

compreensão traz-lhes angústia, tristeza, desconforto, sentimentos de injustiça, exclusão e discriminação. Isto significa que a família necessita ser mais apoiada, informada e esclarecida acerca da doença do seu familiar. É essencial um acompanhamento permanente para que a família consiga suportar e enfrentar todas as complexidades inerentes à doença crónica do seu familiar. De fato, observa-se que a família tem um papel primordial na reabilitação da pessoa, pelo que um dos desejos e sugestões apontadas pelos participantes foi a integração e intervenção dos familiares e/ou pessoa significativa numa sessão do programa.

A adoção de estratégias eficazes por parte dos participantes no estudo para lidar com a adversidade contribuiu para o seu equilíbrio e bem-estar. A partilha de experiências e sentimentos entre os membros do grupo permitiu aprendizagens e estados de bem-estar. O fato de se sentirem plenamente compreendidos num espaço onde possam falar abertamente dos seus problemas com pares foi muito benéfico.

É de salientar os grupos terapêuticos existentes nos recursos comunitários e hospitalares tais como hospital de dia e fórum socio ocupacional. Estes permitem reduzir o isolamento e treinar as competências pessoais e sociais, e também readquirir a funcionalidade. Esta mobilização é de extrema importância para reduzir a discriminação e a exclusão social, favorecendo a plena integração na sociedade das pessoas com doença mental grave. Isto vem de encontro ao paradigma da desinstitucionalização, em que o conceito de *recovery* emerge e permite dar significado a um projeto de vida e realização pessoal individualizado, capaz de enfrentar o estigma e o preconceito.

Enquanto observador participante não quero deixar de salientar a alegria e a satisfação dos participantes neste encontro quinzenal. Isto causou maior motivação e estímulo para prosseguir com este projeto. A oportunidade de dar voz às pessoas é de fato uma prioridade e as sugestões e observações assinaladas na análise dos grupos irão ser tidas em consideração no sentido de responder melhor às suas necessidades.

As histórias de vida são refletidas no espelho de um olhar, na sombra de um silêncio, no som de um suspiro, na gota de uma lágrima, na alegria de um sorriso, no calor de um abraço,... de tudo o que elas nos transmitem.

Termino com a certeza de que a intervenção estruturada em grupo traz benefícios em termos da gestão da doença e prevenção das recaídas.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahern, L., Fisher, D. (1999). *Personal Assistance in Community Existence: Recovery at Your Own Pace*. National Empowerment Center, Inc.
- Argyle, M. (1996). Subjective well-being. In A. Offer (Ed). *In pursuit of the quality of life*. New York: Oxford University Press.
- Authier, J. (1977). The psychoeducation model: definition, contemporary roots and content. *Canadian Journal of Counselling and psychotherapy*, 12, 15-22.
- Backes, V.M.S., Lino, M.M., Prado, M.L., Reibnitz, K.S., Canaver, B.P. (2008). Competência dos enfermeiros na atuação como educador em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (6). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672008000600011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600011)
- Barbosa, A.M.S.F.V.A. (2012). *A relação e a comunicação interpessoais entre o supervisor pedagógico e o aluno estagiário: um estudo de caso*. Relatório de dissertação de Mestrado em Ciências da Educação na especialidade de Supervisão Pedagógica. Escola Superior de Educação João de Deus. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/2472/1/AnaMariaBarbosa.pdf>
- Bardin, L. (2007). *Análise de conteúdo*. 3ª Edição. Lisboa: Edições 70, Lda.
- Basco, M.R., Rush, A.J. (2005). *Cognitive-Behavioral Therapy for Bipolar Disorder*. 2<sup>nd</sup> Edition. New York: The Guilford Press.
- Baucom, D.H., Mueser, K.T., Shoham, V., Daiuto, A.D. (1998). Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 53-88.
- Benevides, D.S., Pinto, A.G.A., Cavalcante, C.M., Jorge, M.S.B. (2012). Cuidado em saúde mental por meio de grupos terapêuticos de um hospital de dia: perspectivas dos trabalhadores de saúde. *Interface- Comunicação, saúde, educação*, 14 (32), 127-138.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Bhattacharjee, D., Rai, A.K., Singh, N.K., Kumar, P., Munda, S.K., Das, B. (2011). Psychoeducation: a measure to strengthen psychiatric treatment. *Dheli Psychiatry Journal*, 14 (1), 33-39.
- Bragança, O.A. (2013). *Desinstitucionalização do doente mental*. Dissertação de Mestrado em Educação Social. Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8409/1/Tese%20Orlando%20Bragan%C3%A7a.pdf>
- Caminha, R., Wainer, R., Oliveira, M., Piccoloto, N. (2003). *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Teoria e prática*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Canavarro, M.C., Serra, A.V. (2010). *Qualidade de vida e saúde: uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação*. Loures: Lusociência.
- Chalifour, J. (2009). *A intervenção terapêutica: estratégias de intervenção*. Vol. 2. Loures: Lusodidacta.
- Colom, F., Vieta, E., Martínez- Arán, A., Reinares, M., Goikolea, J.M., Benabarre, A., Torrent, C., Comes, M., Corbella, B., Parramon, G., Corominas, J. (2003). A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Archives of General Psychiatry*, 60, 402- 407.
- Colom, F., Vieta, E., Reinares, M., Martínez- Arán, A., Torrent, C., Goikolea, J.M., Gastó, C. (2003). Psychoeducation efficacy in bipolar disorders. Beyond compliance enhancement. *Journal of clinical Psychiatry*, 64, 1101-1105.
- Colom, F., Vieta, E. (2006). *Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder*. Cambridge University Press.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2010). *Servir a comunidade e garantir qualidade: os enfermeiros na vanguarda dos cuidados na doença crónica*. International Council of Nurses. Genebra, Suíça. Disponível em: [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT\\_DIE\\_2010.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/KIT_DIE_2010.pdf)

- Delors, J. (2010). *Educação: um tesouro a descobrir* (Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI/ 2010). Brasília. UNESCO, Fundação Faber-Castell.
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/institucional/programas-de-saude-prioritarios/programa-nacional-para-a-saude-mental/>
- Direção-Geral da Saúde. (2014). *Código de conduta ética da DGS*. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/institucional/codigo-de-conduta-etica.aspx>
- Dixon, L., McFarlane, W.R., Lefley H., Lucksted, A., Cohen, A., Fallon, I., Mueser, K., Miklowitz, D., Salomon, P., Sondheim, D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 52 (7), 903-910.
- Duarte, T. (2007). Recovery da doença mental: Uma visão para os sistemas e serviços de saúde mental. *Análise psicológica*, 1 (25), 127-133.
- Escoval, A., Coelho, A., Diniz, J. A., Rodrigues, M., Moreira, F., Espiga, P. (2010). Gestão integrada da doença: uma abordagem experimental de gestão em saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 9, 105-116. Disponível em: <https://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-contratualizacao/EC-09-2009.pdf>
- Facci, M.G., Eidt, N.M., Tuleski, S.C. (2006). Contribuições da teoria histórico-cultural para o processo de avaliação psicoeducacional. *Psicol. USP*, 17 (1). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642006000100008&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-65642006000100008&script=sci_arttext&tlng=en)
- Farkas, M. (2006). Identifying psychiatric rehabilitation interventions: an evidence and value based practice. *World psychiatry*, 5 (3), 161-162.
- Figueiredo, A.L., Souza, L., Jr, J., Argimon, I. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 11 (1). Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-55452009000100003](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-55452009000100003)

- Figueiredo, N.M.A. (2005). *Ensinando a cuidar em saúde pública*. São Caetano do Sul: Editora Yendis.
- Fleck, M. P. A et al (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". *Revista de Saúde Pública*, 34 (2),178- 183.
- Furlan, V., Ribeiro, S. (2011). A escuta do psicoterapeuta em grupo com pessoas em sofrimento mental atendidas em centro de atenção psicossocial. *Vínculo*, 8 (1).
- Gago, J. F. C. S. (2012). *Programas de cuidados integrados para pessoas com esquizofrenia ou perturbação esquizoafetiva*. Dissertação de Doutoramento em Medicina, na especialidade de Psiquiatria e Saúde Mental. Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova de Lisboa. Disponível em: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/11462/1/Gago%20Joaquim%20TD%202012.pdf>
- Gil, A.C (1989). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 2ª Edição, São Paulo: Editora Atlas, SA.
- Guanaes, C., Japur, M. (2001). Grupo de apoio com pacientes psiquiátricos ambulatoriais em contexto institucional: Análise do Manejo terapêutico. *Psicologia: reflexão e crítica*, 14, 191-199.
- Guanaes, C., Japur, M. (2001). Fatores terapêuticos num grupo de apoio para pacientes psiquiátricos. *Revista brasileira de psiquiatria*, 23, 134-140.
- Hunt, S.M., McKenna, S.P. (1993). Measuring quality of life in psychiatry. In S. Walker & R. Rosser (Eds.). *Quality of life assessment: key issues in the 1990s*.
- Kaufmann, J.C. (2011). *A entrevista compreensiva: um guia para pesquisa de campo* (3ª edição). Brasil: Editora Vozes, Edufal.
- Lebon, A. (1997). Psico-educação: a ciência do "viver com" educativo e terapêutico. *Paidéia*, (12-13). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-863X1997000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X1997000100002)
- Lehman, A.F., Steinwachs, D.M. (1998). Translating research into practice: the schizophrenia patient outcomes research team (PORT) treatment recommendations. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1), 1-10.

- Lemes, C.B., Neto, J.O. (2017). Aplicações da psicoeducação no contexto da saúde. *Temas Psicol.* 25 (1). Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2017000100002](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2017000100002)
- Levin, R.F., Feldman, H.R. (2006). *Teaching evidence-based practice in nursing: a guide for academic and clinical settings*. New York: Springer Publishing Company.
- Lourenço, A. (2009). *Qualidade e gestão da doença crónica*. Administração Central do Sistema de Saúde, Ministério da Saúde. Disponível em: [http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/20\\_Jun\\_2009\\_UOFC.PDF](http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/20_Jun_2009_UOFC.PDF)
- Luckens, E.P., McFarlane, W.R. (2004). Psychoeducation as Evidence-Based Practice: Considerations for Practice, Research, and Policy. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4 (3), 205-225. Oxford University Press.
- Lyubomirsky, S.(2008). *The how of happiness: a scientific approach to getting the life you want*. New York: The penguin press.
- Magalhães, J. (2004). *Tecendo nexos: história das instituições educativas*. Bragança Paulista: Editora Universitária São Francisco.
- McFarlane, W.R., Dixon, L., Luckens E., Luksted A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of Marital and family therapy*, 29 (2), 223-245.
- Meirinhos, M., Osório, A. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *Eduser: revista de educação, inovação, investigação em educação*, 2 (2).
- Mueser, K.T., Bond, G. R., Drake, R. E., Resnick, S. G. (1998). Models of community care for severe mental illness: a review of research on case management. *Schizophrenia Bulletin*, 24 (1).
- OMS, WONCA (2008). *Integração da Saúde Mental nos Cuidados de Saúde Primários: uma perspectiva global*. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. Disponível em:

[http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao\\_saude\\_mental\\_cuidados\\_pri  
marios.pdf?ua=1](http://www.who.int/eportuguese/publications/Integracao_saude_mental_cuidados_pri<br/>marios.pdf?ua=1)

Orley, J., Saxena, S., Herman H. (1998). Quality of life and mental illness. Reflections from the perspective of the WHOQOL. *Br. J. Psychiatry*, 172, 291-293.

Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.

Phillips, D. (2006). *Quality of life: concept, policy and practice*. New York: Routledge.

Pool, I.S. (1959). *Trends in Content Analysis*. Author

Propst, R.N. (2007). Stages in realizing the international diffusion of a single way of working: the clubhouse model. *Wiley Online Library*, 1997 (74), 53-66.

Queiroz, S. (2011). Reflexões sobre Educação para a Saúde. *Observatório das políticas de educação e formação*. Disponível em:

<http://www.op-edu.eu/artigo/reflexoes-sobre-educacao-para-a-saude>

Reibnitz K.S., Prado, M.L. (2006). *Inovação e educação em enfermagem*. Florianópolis: cidade futura

Rodríguez, G.G., Flores, J.G., Jiménez, E.G. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa*. Málaga: Ediciones Aljibe

Rubin, H.J., Rubin, I.S. (2005). *Qualitative interviewing: the art of hearing data*. 2<sup>nd</sup> ed. United States of America: Sage publications.

Santana, A.F.O. (2011). Psicoeducação para pacientes psiquiátricos e seus familiares. *o Portal dos psicólogos*. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0252.pdf>

Santos, F., G. (2010). *Educação em saúde: o papel do enfermeiro como educador*. Curso de Pós-graduação Lato Sensu: Docência e pesquisa para o ensino na área da saúde. Instituto Educacional Severínia. França. Disponível em: <http://www.webartigos.com/storage/app/uploads/public/588/508/3b5/5885083b551b7807554760.pdf>



- Shimmack, U. (2008). The structure of subjective well-being. In M. Eid & R. J. Larsen (Eds.), *The science of subjective well-being*, 97-123. New York, NY, US: Guilford Press.
- Smith, D., Jones, I., Simpson, S. (2010). Psychoeducation for bipolar disorder. *Advances in psychiatric treatment*, 16, 147-154 doi: 10.1192/apt.bp.108.006403
- Souza, A.M.A., Fraga, M.N.O., Moraes, L.M.P., Garcia, M.L.P., Moura, K.D.R., Almeida, P.C., Moura, E.M.V. (2004). Grupo terapêutico: sistematização da assistência de enfermagem em saúde mental. *Texto & Contexto Enfermagem*, 13 (4), 625-632.
- Suh, E.M. (2000). Self, the hyphen between culture and subjective well-being. In E. Diener & E. Suh. *Culture and subjective well-being* (Chap. 4, 63-86). The MIT Press.
- Spadini, L. S., Souza, M. C. B. M. (2006). Grupos realizados por enfermeiros na área de saúde mental. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10 (1), 132-138.
- Speziale, H.J.S., Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (3ª Edição). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins
- Stein, L.I., Test, M.A. (1985). The evolution of the training in community living model. *Wiley online library*, 1985 (26), 7-16.
- The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, 41 (10), 1403-1409.
- Thornicroft, G., Tansella, M. (2008). Quais são os argumentos a favor da Atenção Comunitária à Saúde Mental?. *Pesquisas e Práticas Psicossociais*, 3 (1), 9-25. Disponível em: [http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/volume3\\_n1/pdf/Thornicroft\\_Tansella.pdf](http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/volume3_n1/pdf/Thornicroft_Tansella.pdf)
- Thunedborg, K., Black, C.H., Bech, P. (1995). Beyond the Hamilton depression scores in long-term treatment of manic-melancholic patients: prediction of recurrence of depression by quality of life measurements. *Psychoterapy and psychosomatics*, 64 (3-4), 131-140.

- Veenhoven, R. (2009). *World Database of happiness* (Archive of research findings on subjective enjoyment of life). Rotterdam, Erasmus University, Happiness Economics Research Organization.
- Ventura, M. M. (2007). O estudo de caso como modalidade de pesquisa. *Rev. Socerj*, 20 (5), 383-386.
- Wood, M.M., Brendro, L.K., Fecser, F.A., Nichols, P. (1999). *Psychoeducation: An idea whose time has come*. Richmond, V.A: The Council for Children with Behavioral Disorders.
- Yin, R.K. (2015). *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 5ª edição. Porto Alegre: Bookman.
- Zimerman, D.E., Osorio, L.C. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artmed Editora.
- [http://aeips.pt/novo2009/wp-content/uploads/2009/07/part\\_empower.pdf](http://aeips.pt/novo2009/wp-content/uploads/2009/07/part_empower.pdf)
- <http://www.psicomindcare.pt/psicoeducacao>
- <http://www.op-edu.eu/artigo/reflexoes-sobre-educacao-para-a-saude>

## **Apêndices**

**Apêndice I- Tabela 1- Dinâmicas utilizadas na moderação dos temas**

Tabela n.º 1 - Dinâmicas utilizadas na moderação dos temas

Quebra-gelo	Gestão do quotidiano	Higiene do sono	Adesão ao tratamento	Lidar com os problemas e sintomas	Suporte familiar / pessoas significativas	Estigma
Foram colocados recortes de revistas /jornais (paisagens, objetos,...) numa mesa e é pedido às pessoas para escolherem um deles com que se identificassem para se apresentarem	Quais as dificuldades na gestão do quotidiano? Quais as capacidades de autonomia? Como priorizam/organi- zam as AVD'S? Como lidam com as frustrações do dia-a-dia? Como ocupam os tempos livres? Gostavam de ocupar o tempo de outra forma?	Como caracterizam o vosso sono? Fatores que facilitam o sono? Fatores que inibem o sono? Insónia inicial/intermédia/terminal? Quais as funções do sono? Quais os efeitos de não dormir?	Como é a vossa adesão à medicação? Como é a vossa adesão à consulta? O que é para vocês o projeto terapêutico? O que vos leva a aderir ou não aderir? O que poderiam melhorar e porquê? Efeitos secundários da medicação/estigma	O que mais vos preocupa neste momento? Quais os sintomas da vossa doença que mais interfere com o vosso dia-a-dia? Como lidam com as contrariedades/frustrações? Identificação de sinais/sintomas da doença- estratégias Como reagem à presença de sinais/sintomas?	Qual o vosso familiar mais apoiante/significativo? E porque o consideram mais significativo? E vocês são a pessoa significativa de quem? E porquê? Sentem-se apoiados na vossa doença?	O que significa para vós o estigma/preconceito na doença mental? Quais os efeitos que o estigma poderá ter na pessoa com doença mental? (exs: compra de casa, emprego,...) Já alguma vez foram sujeitos ao estigma? Relatem o acontecimento e as estratégias utilizadas para lidar com a situação. Que medidas poderiam ser tomadas para reduzir o estigma na doença mental?

**Apêndice II- Questionário de Avaliação da satisfação dos utentes  
no grupo**

## Questionário de Avaliação da satisfação dos utentes no grupo

No sentido de melhorar continuamente as nossas intervenções, pedimos-lhe que nos transmita a sua opinião através das suas respostas ao presente questionário quer através de respostas de desenvolvimento quer utilizando a seguinte escala:

1	2	3	4	5
<b>Muito Abaixo do esperado</b>	<b>Abaixo do esperado</b>	<b>Conforme esperado</b>	<b>Mais do que esperado</b>	<b>Muito mais do que esperado</b>

Responda às seguintes questões assinalando com um círculo no número correspondente, utilizando a escala acima citada:

**A.** As Sessões de Grupo proporcionaram-me uma maior proximidade com a equipa.

1                      2                      3                      4                      5

**B.** Identifiquei as minhas dificuldades ao longo da minha participação nas várias sessões do Grupo.

1                      2                      3                      4                      5

**C.** Adquirit estratégias/competências para lidar com as dificuldades que identifiquei.

1                      2                      3                      4                      5

**D.** Ao longo das sessões do Grupo foi-me disponibilizada informação útil e pertinente que utilizei no meu dia-a-dia.

1                      2                      3                      4                      5

**E.** Estas sessões contribuíram para que estabelecesse objectivos pessoais significativos.

1                      2                      3                      4                      5

**F.** Assinale com um **X** os temas que considerou mais interessantes?

Gestão do Quotidiano - ☐

Adesão ao Tratamento - ☐

Lidar com os Problemas e Sintomas - ☐

Higiene do Sono - ☐

Pessoas significativas/Suporte familiar - ☐

**G.** Sugere algum tema que possa vir a ser discutido em futuras sessões?

---

---

---

**H.** O que sentiu relativamente à equipa de tratamento no decorrer do grupo? Quais os aspectos positivos e/ou negativos que poderiam ser melhorados na relação com os técnicos?

---

---

---

Obrigado pela Colaboração no Preenchimento deste Questionário



**Apendice III- Tabela 2- Valores referentes aos domínios da escala  
WHOQOL Bref e média dos domínios por participante  
Tabela 3- Valores referentes à percepção da QdV e satisfação com a  
saúde por participante (escala WHOQOL Bref)**

Tabela n.º 2- Valores referentes aos domínios da escala WHOQOL Bref e média dos domínios por participante

	Participante 1		Participante 2		Participante 3		Participante 4		Participante 5		Participante 6		Participante 7		Média total Domínios	
	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim	Início	Fim
	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100	0-100
<b>Domínio 1 Físico</b>	80	88,4	45,6	45,6	65,6	60	57	71,4	68,4	40	71,4	65,6	62,8	60	<b>64,4</b>	<b>61,5</b>
<b>Domínio 2 Psicológico</b>	66,6	76,6	43,2	46,6	50	60	73,2	60	76,6	40	73,2	76,6	70	86,6	<b>64,6</b>	<b>63,7</b>
<b>Domínio 3 relações sociais</b>	80	86,6	33,2	53,2	53,2	80	73,2	73,2	80	66,6	66,6	73,2	33,2	46,6	<b>59,9</b>	<b>68,4</b>
<b>Domínio 4 meio ambiente</b>	75	75	62,5	67,5	66,6	77,5	62,5	57,5	77,5	62,5	80	82,5	60	55	<b>69,1</b>	<b>68,2</b>
<b>Média Domínios p/ Participante</b>	<b>75,4</b>	<b>81,6</b>	<b>46,1</b>	<b>53,2</b>	<b>58,8</b>	<b>69,3</b>	<b>66,4</b>	<b>65,5</b>	<b>75,6</b>	<b>52,2</b>	<b>72,8</b>	<b>74,4</b>	<b>56,5</b>	<b>62,05</b>		
	<b>3,77</b>	<b>4,08</b>	<b>2,30</b>	<b>2,66</b>	<b>2,94</b>	<b>3,465</b>	<b>3,32</b>	<b>3,275</b>	<b>3,78</b>	<b>2,61</b>	<b>3,64</b>	<b>3,72</b>	<b>2,82</b>	<b>3,10</b>	<b>Classificação 1 a 5</b>	

Tabela n.º 3- Valores referentes à percepção da QdV e satisfação com a saúde por participante (escala WHOQOL Bref)

	Participante 1		Participante 2		Participante 3		Participante 4		Participante 5		Participante 6		Participante 7	
	Início (1 a 5)	Fim (1 a 5)	Início (1 a 5)	Fim (1 a 5)	Início (1 a 5)	Fim (1 a 5)	Início (1 a 5)	Fim (1 a 5)	Início (1 a 5)	Fim (1 a 5)	Início (1 a 5)	Fim (1 a 5)	Início (1 a 5)	Fim (1 a 5)
<b>Percepção da QdV</b>	4	4	3	4	3	4	3	3	4	0	4	4	3	1
<b>Satisfação com a saúde</b>	4	4	2	3	2	4	3	3	4	0	4	3	3	3
<b>Média Domínios p/ Participante</b>	3,77	4,08	2,30	2,66	2,94	3,465	3,32	3,275	3,78	2,61	3,64	3,72	2,82	3,10
<b>Média total p/ participante</b>	3,92	4,02	2,43	3,22	2,64	3,82	3,10	3,09	3,92	2,61	3,88	3,57	2,94	2,36

**Legenda:** 1 a 2,9 (necessita melhorar); 3 a 3,9 (regular); 4 a 4,9 (boa); 5 (muito boa);

Nota: QdV= qualidade de vida

**Apêndice IV- Tabela 4- Análise referente à categorização das narrativas dos participantes no estudo relacionada com a gestão do cotidiano**

**Tabela 5. Análise referente à categorização das narrativas dos participantes no estudo relacionada com o programa psicoeducativo**

Tabela n.º 4- Análise referente à categorização das narrativas dos participantes no estudo relacionadas com a gestão do quotidiano

**TEMA: GESTÃO DO QUOTIDIANO**

DOMÍNIOS	CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	INDICADORES
<b>RELAÇÃO COM A FAMÍLIA/ PS</b>	Dificuldades sentidas	A família dá pouco apoio emocional A família retira o apoio financeiro A família distancia-se A família ameaça com internamento A família é egoísta A família menospreza A família estigmatiza A família acusa A família maltrata	"Sinto muita angústia porque o meu marido me maltrata, está sempre a chamar-me nomes" "A minha família tem dificuldade em aceitar-me em certas coisas...têm dificuldade em demonstrar que eu sou capaz de gerir isto ou aquilo...talvez por eu ser doente...sinto-me rejeitado..." "Eles estão sempre a dizer que me mandam para uma casa de saúde e que eu não sou capaz de fazer as coisas"
	Aspetos gratificantes	Convívio e apoio Comunicar/dialogar com PS Bem-estar das filhas e família Ter apoio das pessoas mais próximas	"Tenho uma amiga de longa data com quem falo tudo...converso muito...exponho os meus problemas, as minhas dúvidas..." "Eu tento sempre pôr em primeiro lugar o bem-estar das minhas filhas...tenho duas filhas, um marido e uma mãe para cuidar"
<b>RELAÇÃO CONSIGO PRÓPRIO</b>	Preocupações com a família e consigo/medos	Dependência financeira Dependência dos pais Medo de perder os pais Dificuldade em realizar tarefas domésticas Perder a memória Sente-se triste e incompreendida	"Não consegui a minha dependência na totalidade...a minha irmã está sempre a avisar-me para não fazer dívidas" "...Tenho medo que um dia os meus pais falem...às vezes penso e se a minha mãe não estivesse aqui comigo...era um problema" "Sinto tristeza, ninguém me compreende"
	Estratégias pessoais	Pensar em coisas positivas levanta a moral e ajuda a organizar as ideias Ter um tempo para si promove o bem-estar Ter uma atitude pacífica nos problemas familiares Ter mais estímulo para seguir em frente Mais atenta ao contexto envolvente Conseguir passar do pensamento à ação Sentir-se uma pessoa normal Facilidade na adaptação a novas situações Sentir-se bem é gostar de estar com os outros, é sentir amor e carinho Sente-se feliz e orgulhosa pelas filhas Sente-se tranquila, em paz, confiante	"...As pessoas no grupo tinham maiores dificuldades na vida e mais graves do que eu e davam a volta por cima... isto é um estímulo para seguir em frente ...tenho que pensar em não me agarrar às dificuldades" "Sinto-me melhor, mais ativa e atenta a coisas menos boas ou a coisas melhores" "Quando me sugerem a realização de outras tarefas integro-me facilmente a novas situações" "Antes havia uma grande distância entre o pensar e o agir...é um grande sucesso passar do pensamento à ação...isso é que é conseguir...agora já ago com mais facilidade em quase tudo" "Eu procuro ter uma atitude pacífica para evitar o conflito na família" "Hoje sinto-me uma pessoa normal em relação ao que era antigamente, depois de ter acontecido aquilo que me aconteceu" "Eu fiquei muito orgulhosa pelas minhas filhas terem entrado na universidade, e senti-me no dever de as ajudar...isso fez-me sentir feliz"

<b>GRUPOS ESTRUTURADOS (FÓRUNS/HOSP DIA)</b>	<b>Benefícios</b>	A interação social levanta a moral Partilha de experiências e sentimentos aumenta a autoestima Apoio na gestão do tratamento Ajuda no controlo e gestão da medicação	"Sozinhos não fazemos as coisas tão bem...é preciso partilhar ideias, emoções, projetos...saber onde está o limite do outro é quando começa o nosso" "O Hospital de dia ajuda-me no controlo da medicação...eu faço uma caixinha semanal com a ajuda da enfermeira"
	<b>Caracterização das atividades</b>	Realização de debates/temas em grupo Treino de competências sociais Desempenho de tarefas e trabalhos	"Tenho a sorte de poder continuar os debates no fórum sobre as notícias da atualidade e do quotidiano e treino essas competências em grupo lá"
<b>RELAÇÃO COM A DOENÇA</b>	<b>AM e controlo dos sintomas</b>	Falhas na AM devido ao <i>stress</i> e falta de memória Os efeitos secundários dificultam a adesão ao tratamento A importância do ajuste e adequação da medicação para a eficácia do tratamento e bem-estar Acha que toma muitos comprimidos A toma da medicação é um aspeto metódico Aceitação da doença O tratamento é uma peça fundamental para a vida O tratamento é importante para a estabilidade e bem-estar A medicação ajuda no autocontrolo O tratamento previne os sintomas e internamentos AM importante para a gestão da doença O tratamento traz paz de espírito e mais alegria Identificação dos sintomas de descompensação	"Sinto-me mais autónoma e independente desde que a minha medicação foi reajustada...já consigo fazer a lida da casa, consigo sair, consigo ir de férias...coisas que eu já não conseguia fazer...estava a ficar atrofiada e psicologicamente afetada" "A adesão à medicação não é uma obrigação mas sim uma peça fundamental na nossa vida, já faz parte do quotidiano" "Se é para eu estar melhor como tenho andado eu faço o tratamento de boa vontade porque também me preocupo com o meu bem-estar" "Agora que já aceitei a minha doença, tomo a medicação" "Quando levo a injeção fico bem...traz-me paz de espírito e fico mais alegre" "A toma da medicação ajuda a não ser tão excessivo...e que a pessoa não extravase" "Se eu falho a medicação sinto-me mais excitado e agitado, mais descontrolado e irritado" "Se não fosse os comprimidos como é que eu dormia? Preciso do tratamento para dormir bem"
	<b>Evitar o estigma</b>	Evitar falar sobre o problema a toda a gente por causa do estigma	"Falam de nós de forma pejorativa e não construtiva, criticam-nos e não nos compreendem"
	<b>Fatores positivos na relação com a doença</b>	Paz e sossego importantes para a estabilização da doença A fé ajuda a lidar melhor com a doença Apoio da família /PS Desejo de maior apoio no início da doença Equipa de tratamento é orientadora nas decisões Equipa de tratamento acompanha, compreende e está disponível	"Preciso do apoio das pessoas para puxarem por mim e lembrarem-me da medicação" "Devia ter sido mais apoiada quando comecei a adoecer, ter tido logo interferência" "A minha fé fez-me agarrar mais a Deus e talvez isso me tenha ajudado a lidar melhor com a doença"

Notas: AM= adesão à medicação; PS=pessoas significativas

Tabela n.º 5- Análise referente à categorização das narrativas dos participantes no estudo relacionada com o programa psicoeducativo

**TEMA: PROGRAMA PSICOEDUCATIVO**

DOMÍNIOS	CATEGORIAS	SUB CATEGORIAS	INDICADORES
<b>APRENDIZAGENS SIGNIFICATIVAS</b>	Permite sentir-se acompanhado	<p>Legitimação no grupo das suas ideias</p> <p>Sentiu que não era a única pessoa com esses problemas</p> <p>A participação no programa permite conversar sobre as dificuldades do quotidiano</p> <p>Reduz o isolamento</p> <p>Sentiu-se menos rotulada</p> <p>Sentiu apoio e compreensão por parte da equipa</p>	<p>“Perceber que há pessoas com mais problemas fez-me sentir pequenina”</p> <p>“Discutem-se coisas que no dia-a-dia não falamos nem com pessoas de família”</p> <p>“Sem a ajuda dos profissionais não era capaz de gerir o meu problema”</p> <p>“Senti que havia pessoas com problemas parecidos com o meu que estavam a ouvir com interesse... senti-me menos rotulada...não gosto de ter aquela marca de doente mental”</p> <p>“O que retenho do programa é a compreensão da vossa parte como equipa connosco como doentes”</p>
	Permite alargar a rede social	<p>A participação no programa alargou o horizonte relacional</p> <p>Partilha de experiências fortalece, ajuda a enfrentar os problemas, traz maior valor à vida</p> <p>A interação social promove o desenvolvimento de competências pessoais</p> <p>Permite conhecer pessoas e fazer amizades</p> <p>A troca de experiências facilita a gestão da doença</p> <p>Conhecer outras competências úteis para a gestão do dia-a-dia</p> <p>As aprendizagens enriquecem a forma de gerir o tratamento e permitem lidar melhor com os outros</p> <p>Os outros servem de referência</p> <p>Existência de uma boa harmonia entre as pessoas</p> <p>Ausência de crítica</p> <p>Compreensão uns pelos outros</p>	<p>“Ficamos a saber de coisas que só os técnicos é que sabem e podem emprestar-nos um pouco da sua sabedoria...ficamos mais ricos nos conhecimentos”</p> <p>“Havia ali um grupo de pessoas que sabe o que é ter problemas afetivos, ter problemas de entrega emocional e eu senti que de alguma forma estava ligada a eles, embora eu não os conhecesse de lado nenhum”</p> <p>“As outras colegas que vinham incentivaram-me a realizar as tarefas de casa com a ajuda das suas experiências”</p> <p>“Acho que o programa é útil ...é importante estarmos informados através de trocas de ideias e experiências em relação à doença”</p> <p>“As pessoas estavam todas no mesmo barco e ninguém criticava o outro”</p> <p>“Com o programa fiquei a saber como gerir a doença ...às vezes pensamos que sabemos mas não sabemos”</p>
	Permite tomar consciência de si	<p>Conseguir ultrapassar dificuldades</p> <p>Melhor perceção da realidade</p> <p>Estímulo e incentivo para seguir em frente</p> <p>Concretizar atividades no quotidiano</p> <p>Descentrar-se das dificuldades</p> <p>Injeção de bem-estar</p> <p>Favorece a estabilidade</p> <p>Ajuda no auto-controlo</p>	<p>“...As pessoas no grupo tinham maiores dificuldades na vida e mais graves do que eu e davam a volta por cima... isto é um estímulo para seguir em frente ...tenho que pensar em não me agarrar às dificuldades”</p> <p>“O programa ajuda-me a ver melhor as coisas...acho que me faz bem ver melhor as coisas”</p> <p>“Depois de ter estado no grupo estou com mais agilidade e sinto-me mais apta para resolver as dificuldades”</p>

		<p>Ficou surpreendida consigo própria por ter sido capaz de falar</p> <p>Pensar com maior clareza</p> <p>Deparar-se com as limitações</p> <p>Conseguiu falar abertamente sobre o estigma</p> <p>Dificuldade em partilhar situações íntimas</p>	<p>“ Antes de frequentar as reuniões estava atrofiada em relação aos pensamentos, hoje penso com clareza”</p> <p>“Se eu tivesse que trabalhar começo a pensar nas minhas limitações...na minha falta de formação...”</p>
<b>APRECIÇÃO GLOBAL DO PROGRAMA</b>	Gestão e duração do programa	<p>Programa bem gerido e entregue</p> <p>Reuniões esclarecedoras e construtivas</p> <p>Duração do programa adequada e suficiente</p> <p>É um programa de afetos</p>	<p>“O que eu recordo do programa foram os afetos que houve aqui. É um programa de afetos que não serve só para falar sobre medicamentos”</p> <p>“A duração do programa foi adequada...”</p>
	Relevância dos temas	<p>Muito importantes</p> <p>Convenientes</p> <p>Interessantes</p> <p>Úteis e bem concebidos</p> <p>Relevantes</p> <p>Ajudam a clarificar ideias</p> <p>Bem desenvolvidos</p> <p>Muito válidos</p> <p>O recurso a dinâmicas de grupo é positivo (folhetos e imagens)</p> <p><u>Temas mais retidos/importantes:</u> Estigma, gestão do quotidiano, adesão à medicação, higiene do sono</p>	<p>“Eu achei piada àqueles recortes de imagens que ajudaram a falar sobre os temas...dão ideias às pessoas para falarem”</p> <p>“A leitura daqueles livros que nos deram para a melhor gestão do nosso quotidiano também foi importante</p> <p>“Acho que todos os temas foram relevantes”</p> <p>“Os temas que debatemos contribuíram para o meu enriquecimento pessoal”</p> <p>“O tema mais importante foi o estigma porque quando alguém tem um problema e pensa que o outro vai compreender é o contrário...ainda o vai repisar mais...e a pessoa perde a confiança”</p>
	Atitude dos profissionais	<p>Abertura e disponibilidade para falar sobre os problemas</p> <p>Preocupados com o bem-estar das pessoas, tendo em conta as suas opiniões, intervenções e medos</p> <p>Colocam as pessoas à vontade quando precisam de algo</p> <p>Conduziram bem as sessões</p> <p>Equilibrados</p> <p>Mediadores dos diálogos</p> <p>Alisaram as arestas consoante os temas</p>	<p>“Os profissionais fizeram o que lhes era devido, tentaram orientar as sessões e acho que o fizeram bem. Puseram as pessoas à vontade”</p> <p>“Os profissionais são pessoas muito preocupadas com o nosso bem-estar, com as nossas opiniões, com as nossas intervenções, com os nossos medos”</p> <p>“Acho que foram muito equilibrados e de um modo geral deixavam falar ou não consoante as pessoas se excediam ou não...senão há pessoas que monopolizam e os outros não falam”</p>
	Sugestões	<p>Um tema proposto à escolha pelos elementos do grupo</p> <p>Aumentar um tema sobre a medicação</p> <p>Falar mais sobre a interação entre as pessoas com quem co-habitam</p> <p>Maior cuidado na apresentação de algum elemento que surja de novo no grupo</p>	<p>“Era importante falar sobre um tema que fosse proposto por um dos elementos do grupo”</p> <p>“Um tema a introduzir seria como é que as pessoas interagem com o outro nas relações mais próximas e as vivências de cada um “</p>



**Apêndice V – Tabela 6 - Proposta de guião de entrevista**

Tabela 6- Proposta de guião de entrevista

OBJETIVOS	TÓPICOS (para as questões)	OBSERVAÇÕES
<p>- Mobilização dos utentes na participação do estudo</p>	<p>. Explicação do estudo  . Importância do consentimento informado, livre e esclarecido para participação no estudo de investigação.  - Realçar a importância da honestidade nas respostas para maior fiabilidade dos resultados.  . Reforço da avaliação dos resultados para as melhores práticas no trabalho da equipa.  -Valorizar e agradecer a participação e disponibilidade como fundamentais para melhorar o apoio à pessoa com doença mental.</p>	<p>- Contacto telefónico  - Contacto presencial</p>
<p>- Analisar a contribuição do programa no que diz respeito à qualidade de vida e bem-estar dos utentes</p> <p>(Todos os aspectos relacionados com o bem estar: satisfação consigo próprio, relações com outros; actividades ocupacionais e ou trabalho... )</p>	<p>- Como se sente presentemente? Como tem ocupado o seu dia? Como vai o seu relacionamento com os que lhe são próximos? Quais são os aspetos que mais valoriza no seu quotidiano? Sente alguma dificuldade na gestão do seu quotidiano? Qual?</p> <p>- Como tem gerido a sua doença?  -Teve internamentos depois do programa? Se sim o que acha que correu menos bem?  -Toma regularmente a sua medicação? Esquece-se com frequência? O que pensa</p>	<p>- Observação participante  - Contacto presencial  - Ter em conta a privacidade  - Local com pouco ruído  - Duração 30 a 60 min</p>

	acerca do tratamento? Tem dúvidas sobre a toma e/ou a importância da medicação?	
- Compreender a psicoeducação como estratégia de intervenção em saúde mental comunitária	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Qual foi a importância que o programa teve para si? Quais foram os aspetos mais relevantes para si?</li> <li>- Para si quais foram os aspetos menos positivos?</li> <li>- A duração foi adequada?</li> <li>- Os temas foram interessantes?</li> <li>- O que acha que deveríamos ter falado mais?</li> <li>- Gostou de integrar o grupo?</li> <li>- Os profissionais conseguiram ajudar?</li> <li>- Hoje o que é que retém do programa?</li> <li>- Há alguma situação no dia-a-dia em que se lembre do que foi falado no programa?</li> <li>-Gostaria de voltar a frequentar o programa? Porquê?</li> </ul>	

**Os tópicos para questões correspondem a uma listagem de ideias que podem ou não ser seguidas nas entrevistas mas que ajudam os investigadores a conduzir o processo. Antever as possibilidades de questões que nos ocorrem antes ajuda depois a conduzir a entrevista na altura.**

**Anexos**

**Anexo I- Tabela 6- Domínios referentes ao instrumento da avaliação  
da qualidade de vida da OMS (WHOQOL Bref )**

Tabela n.º 6- Domínios referentes ao instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS ( WHOQOL Bref)

<b>Domínio 1: Físico</b>	<b>Domínio 2: Psicológico</b>	<b>Domínio 3: Relações sociais</b>	<b>Domínio 4: Meio ambiente</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>. Dor e desconforto</li> <li>. Energia e fadiga</li> <li>. Sono e repouso</li> <li>. Mobilidade</li> <li>. Atividades da vida quotidiana</li> <li>. Dependência de medicação ou de tratamentos</li> <li>. Capacidade de trabalho</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Sentimentos positivos / negativos</li> <li>. Pensar, aprender, memória e concentração</li> <li>. Auto estima</li> <li>. Imagem corporal e aparência</li> <li>. Espiritualidade/religião/crenças pessoais</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Relações pessoais</li> <li>. Suporte e apoio social</li> <li>. Atividade sexual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Segurança física e proteção</li> <li>. Ambiente no lar</li> <li>. Recursos financeiros</li> <li>. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade</li> <li>. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades</li> <li>. Participação em oportunidades de recreação/lazer</li> <li>. Ambiente físico (poluição, ruído, trânsito/clima)</li> <li>. Transporte</li> </ul>

**Anexo II- Consentimento informado, livre e esclarecido para  
participação em investigação**

## CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia<sup>1</sup> e a Convenção de Oviedo<sup>2</sup>

[Este modelo destina-se a ser adaptado a cada caso concreto e os itens e sugestões nele contidos não esgotam os termos e possibilidades que cada investigador queira utilizar para o tornar mais claro. O documento utilizado representa uma forma de “contrato” entre investigador/a e participante, por isso cada parte fica com uma via assinada por ambos – o primeiro “outorgante” guarda-o para provar que pediu e obteve consentimento perante eventuais auditorias; o segundo “outorgante” guarda-o para reler, revogar se assim o entender ou reclamar se verificar eventual incumprimento do garantido. A linguagem a utilizar deverá ser tão simples quanto possível, livre de termos técnicos (excepto quando os participantes forem profissionais de saúde) e globalmente adequada à literacia dos participantes a recrutar.] *Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.*

**Título do estudo:** ...

**Enquadramento:** ... [mencionar a unidade de saúde implicada; se tiver âmbito académico, referir escola e orientador/a]

**Explicação do estudo:** ... [referir se é questionário para preencher, entrevista gravada, recolha de dados de processo ou outro método; que tipo de dados serão colhidos; se a seleção do/a participante for aleatória ou houver grupo de controlo, explicar sumariamente o método; mencionar local onde o/a investigador/a se encontra com o/a participante, quantas vezes e durante quanto tempo aproximadamente; garantir destruição de gravações (áudio ou vídeo) num determinado prazo]

**Condições e financiamento:** ... [referir se há ou que não há pagamento de deslocações ou contrapartidas; informar quem financia o estudo (o/a investigador/a ou outrem); mencionar o carácter voluntário da participação e a ausência de prejuízos, assistenciais ou outros, caso não queira participar; informar que o estudo mereceu Parecer favorável da Comissão de Ética ... (mencionar qual)]

**Confidencialidade e anonimato:** ... [garantir confidencialidade e uso exclusivo dos dados recolhidos para o presente estudo; prometer anonimato (não registo de dados de identificação) ou, caso contrário, afirmar que foi pedida e obtida autorização da Comissão Nacional de Proteção de Dados, garantindo, em qualquer caso, que a identificação dos participantes nunca será tornada pública; assegurar que os contactos serão feitos em ambiente de privacidade] ... [agradecimentos e identificação do/a investigador/a – nome, profissão, local de trabalho, contacto telefónico, endereço electrónico – e da pessoa que pede o consentimento, se for diferente;]

**Assinatura/s:** ... ..

... ..

-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-O-

*Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.*

Nome: ... ..

Assinatura: ... ..

Data: ..... /..... /.....

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE  
(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME: ... ..

BI/CC Nº: ..... DATA ou VALIDADE ..... /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO: .....

ASSINATURA ... ..

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE ... PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO:  
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

<sup>1</sup> <http://epidemiologia.med.up.pt/pdfs/Helsinki.2013.pdf>

<sup>2</sup> <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>



### **Anexo III - Parecer da Comissão Ética**

## PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

TIPO DE ESTUDO: ESTUDO CLÍNICO

TÍTULO DO ESTUDO:

“Psicoeducação em Saúde Mental na Comunidade: um estudo de caso”

Após reunião de 2 de Agosto de 2017, estando o estudo de acordo com as normas de submissão impostas por esta CE, deliberou-se emitir parecer favorável sobre a realização do mesmo.

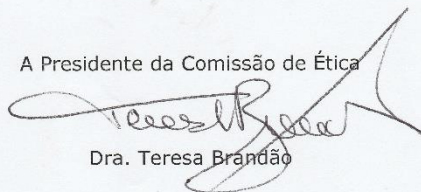
Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE presentes em reunião de 13 de Setembro de 2017:

Presidente	Dra. Teresa Brandão
Vogais	Dra. Carla Carneiro
	Dra. Renata Afonso
	Dr. Pedro Laranjeira
	Enf <sup>o</sup> João Vieira
	Pe. José Barros

Mais se declara que a Comissão de Ética para a Saúde do Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, EPE, cumpre com as Normas da Boa Prática Clínica.

Pelo exposto, emitiu-se a 29 de Setembro de 2017, **Parecer Favorável**.

A Presidente da Comissão de Ética



Dra. Teresa Brandão

